

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione
Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di laurea magistrale

Impatto psicosociale della pandemia da Covid-19 sulle famiglie: percezione della qualità di vita e screening della sintomatologia psicologica.

Psychosocial impact of the Covid-19 pandemic on families: perception of quality of life and screening of psychological symptoms.

Relatrice: Prof.ssa Marta Tremolada

Laureanda: Eleonora Piceni

Matricola: 2050656

Anno accademico 2022/2023

Indice

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1	7
Descrizione del contesto psicosociale attuale e definizione dei costrutti teorici utilizzati	7
1.1 Situazione psicosociale attuale e influenza del Covid-19 sul benessere psicologico delle famiglie	7
1.2 La definizione della qualità della vita e l’impatto del Covid-19	12
1.2.1 <i>Impatto del Covid-19 sulla qualità della vita delle persone</i>	15
1.3 La definizione della Fatigue e l’impatto del Covid-19	17
1.3.1 <i>Impatto del Covid-19 sulla fatigue</i>	19
1.4 Affaticamento familiare e conseguenze sul benessere dei figli	21
CAPITOLO 2	25
L’ansia e la rabbia: costrutti psicologici da valutare nel periodo post-Covid-19	25
2.1 Definizione e caratteristiche del costrutto dell’ansia	25
2.1.1 <i>Ansia e Covid-19</i>	27
2.2 Ansia e qualità della vita: come i disturbi d’ansia influenzano la qualità della vita delle persone	31
2.3 Definizione e caratteristiche del costrutto della rabbia	33
2.3.1 <i>Rabbia e Covid-19</i>	35
2.4 Ansia e rabbia, relazione tra i due costrutti	38
CAPITOLO 3	43
La ricerca	43
3.1 Obiettivi della ricerca	43
3.2 Metodologia	46
3.2.1 <i>Partecipanti</i>	46
3.2.2 <i>Procedura di raccolta dati</i>	47
3.3 Strumenti utilizzati	50
3.3.1 <i>Questionario sociodemografico</i>	50
3.3.2 <i>RCMAS-2</i>	50
3.3.3 <i>ChIA</i>	54
3.3.4 <i>PedsQoL 3.0 Multidimensional Fatigue Scale</i>	58
3.4 Risultati	62

3.4.1	<i>Sintomatologia di ansia, rabbia e qualità di vita dei bambini e ragazzi rispetto alle norme.....</i>	62
3.4.2	<i>Confronto punteggi qualità di vita tra genitori e figli.....</i>	68
3.4.3	<i>Quali sono i fattori che influenzano i sintomi di ansia nei bambini e negli adolescenti?.....</i>	69
3.4.4	<i>Quali sono i fattori che influenzano la qualità di vita percepita nei bambini e negli adolescenti?.....</i>	71
CAPITOLO 4.....		73
Discussione.....		73
4.1	Implicazioni cliniche.....	77
4.2	Punti di forza, limiti e sviluppi futuri.....	79
4.3	Conclusioni.....	80
BIBLIOGRAFIA.....		81

INTRODUZIONE

A partire dal mese di marzo del 2020 si diffuse in Italia la pandemia da Covid-19, questo evento determinò drastici cambiamenti a livello sanitario, psicologico e sociale per tutti gli individui. Con il sovrapporsi di diversi domini della propria vita e l'eliminazione della distanza tra la casa e il lavoro si generò una significativa riconfigurazione delle dinamiche lavorative e familiari (Balenzano et al., 2020). Tuttavia, a vivere i più grandi cambiamenti nella propria routine furono le famiglie con a carico figli in età scolare. Avendo maggiori responsabilità e un maggior carico di lavoro domestico, educativo e professionale da gestire contemporaneamente, i genitori furono coloro a risentire di più di questo periodo, ne conseguì un aumento dello stress e dell'affaticamento che influenzò così anche la loro produttività (Balenzano et al., 2020). Inoltre, è necessario porre particolare attenzione anche alla salute mentale dei bambini e degli adolescenti. Secondo un recente studio della World Health Organization (WHO), tra il dieci e il venti per cento della popolazione mondiale dei bambini e degli adolescenti soffre di un disordine mentale (Bozzola et al., 2022). A sostegno di ciò, lo studio preliminare di Cerniglia e colleghi (2020) ha evidenziato come, successivamente al periodo della quarantena, tra i bambini e gli adolescenti siano significativamente aumentati i livelli di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti (Cerniglia, Cimino, Ammaniti, 2020).

Il presente studio intende esplorare gli effetti psicosociali della pandemia da Covid-19 nelle famiglie italiane, diversi studi hanno dimostrato come questo evento abbia determinato dei cambiamenti nella qualità della vita e nel benessere dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie (Cerniglia et al., 2020; Ferreira et al., 2021; Bozzola et al., 2022). Nello specifico, è stato eseguito uno screening dei sintomi internalizzanti ed

esternalizzanti in un campione di bambini e adolescenti italiani, è stata esplorata la qualità della vita dei soggetti del campione in questione e dei loro genitori e sono state analizzate le relazioni tra i vari costrutti e come il benessere dei genitori influenzi quello dei propri figli.

Nel primo capitolo verrà descritta la situazione psicosociale attuale, lo scoppio della pandemia da Covid-19 e le conseguenze sul piano sociale e sanitario che questo evento ha determinato. Successivamente verranno introdotti e spiegati i costrutti teorici della qualità della vita e della fatigue, e come questi siano stati influenzati dallo scoppio della pandemia.

Nel secondo capitolo invece verranno introdotti i costrutti psicologici principali utilizzati nello studio quali l'ansia e la rabbia, e verranno descritti i principali modelli teorici utilizzati per definirli. Saranno inoltre descritte le relazioni tra i costrutti presi in esame, come l'ansia si relaziona con la qualità della vita e come il costrutto della rabbia e dell'ansia siano tra loro connessi. Infine, verrà descritto come la pandemia abbia influenzato l'ansia e la rabbia nella popolazione adulta ed infantile.

Nel terzo capitolo sarà illustrato il progetto di ricerca, attraverso la presentazione degli obiettivi e delle ipotesi, proseguendo con la descrizione dei partecipanti, della procedura e degli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati. In questo capitolo verranno anche presentati i risultati ottenuti dalle analisi.

Infine, nel quarto ed ultimo capitolo verranno discussi i risultati emersi in riferimento agli obiettivi iniziali, concludendo con le implicazioni cliniche, i punti di forza, i limiti dello studio e le possibili indicazioni per ricerche future.

CAPITOLO 1

Descrizione del contesto psicosociale attuale e definizione dei costrutti teorici utilizzati.

1.1 Situazione psicosociale attuale e influenza del Covid-19 sul benessere psicologico delle famiglie.

A partire dal mese di novembre del 2019 si diffondeva nella città di Wuhan, in Cina, un nuovo virus che nei mesi successivi portò allo sviluppo di una vera e propria emergenza sanitaria, la quale interessò e colpì l'intero globo. Il virus in questione è il SARS-CoV-2, proveniente dalla famiglia dei Coronavirus (CoVs), causa di molteplici problemi respiratori negli esseri umani, dal comune raffreddore fino a diverse e rare complicazioni come la Sindrome Respiratoria Severa ed Acuta (SARS) e la Sindrome Respiratoria del Medio-Oriente (MERS) legate ad elevati tassi di mortalità (WHO, 2020).

Nei mesi successivi il virus si diffuse rapidamente anche in altri paesi del mondo, il 30 gennaio 2020 l'OMS dichiarò come il focolaio internazionale da SARS-CoV-2 dovesse essere considerato un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale (ISS, 2020). Pochi giorni prima si registrò a Codogno, un comune della regione Lombardia, il primo caso in Italia da Covid-19 e il nostro, divenne il primo paese europeo ad essere severamente colpito dalla pandemia da SARS-CoV-2.

Il virus si diffuse rapidamente, in particolare nelle regioni del Nord Italia, così, il 9 marzo 2020 il governo italiano fu costretto mettere in atto delle misure di sicurezza estreme per

limitare la diffusione da Covid-19, venne perciò dichiarato lo stato di emergenza sanitario e l'intero paese fu sottoposto a quarantena preventiva. Pochi giorni dopo, infatti, l'11 marzo, l'OMS dichiarò che l'epidemia di Covid-19 avrebbe potuto essere considerata una pandemia in seguito alla valutazione dei livelli di gravità e dalla diffusione globale dell'infezione da SARS-CoV-2.

Con la pubblicazione del decreto ministeriale DPCM del 9 marzo 2020 vennero definite tutte le limitazioni e le restrizioni attuate per la prevenzione della diffusione da Covid-19. Gli spostamenti vennero limitati al massimo, le scuole vennero chiuse e le attività extra scolastiche interrotte, le attività commerciali non di prima necessità vennero chiuse e con esse vennero impedito anche le attività pubbliche e all'aria aperta, all'intero popolo italiano fu imposto di limitare al massimo i propri contatti e le proprie attività sociali.

Le famiglie italiane vennero obbligate a stare a casa, a svolgere le proprie attività lavorative, scolastiche e sociali da remoto iniziando così a passare diverse ore insieme sotto lo stesso tetto. Questo provocò drastici cambiamenti nella routine e nelle vite sociali dei cittadini. Diversi domini della propria vita improvvisamente si sovrapposero, la relazione e la distanza tra la casa e il lavoro si eliminarono generando di conseguenza una significativa riconfigurazione tra le dinamiche lavorative e quelle familiari (Balenzano et al., 2020).

Le restrizioni e l'isolamento sociale forzato rappresentarono una vera e propria fonte di stress per tutti; tuttavia, a vivere i più grandi cambiamenti e stravolgimenti nella propria routine furono le famiglie con a carico figli in età scolare (Balenzano et al., 2020). La chiusura delle scuole e delle attività extra scolastiche lasciò ai genitori la piena responsabilità di prendersi cura dell'educazione scolastica e sociale dei propri figli per

tutto l'arco della giornata, in spazi di confinamento ristretti e senza nessuna fonte di aiuto e di supporto dalla propria rete sociale abituale. I genitori furono costretti a gestire contemporaneamente le proprie responsabilità professionali, le attività di cura dei propri figli e il lavoro domestico. Questo aumentò il loro stress, il loro affaticamento e di conseguenza influenzò negativamente anche loro produttività (Balenzano et al., 2020).

Durante questo periodo gli accessi a Internet aumentarono drasticamente, i contatti sociali, le lezioni scolastiche, le attività lavorative e le consultazioni mediche specialistiche vennero trasferite online. Il prolungato confinamento a casa, le restrizioni sociali e la chiusura delle scuole provocò gravi effetti sulla salute fisica e mentale della popolazione. Particolare attenzione deve essere posta sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti. Secondo un recente studio della World Health Organization (WHO), tra il dieci e il venti per cento della popolazione mondiale dei bambini e degli adolescenti soffre di un disordine mentale. In particolare, è stato descritto un cambiamento mondiale nel comportamento dei bambini e nella percezione del loro futuro, in cui circa il 46% di loro si sente meno motivato a svolgere le attività di tutti i giorni (Bozzola et al, 2022).

Diversi studi confermano come la quarantena e il distanziamento sociale possano rappresentare fattori di forte rischio per lo sviluppo di disturbi post-traumatici nei bambini (Cerniglia, Cimino, Ammaniti, 2020). Durante l'isolamento sociale da Covid-19 molteplici sono le fonti di stress e di preoccupazione che hanno influenzato il benessere e la salute mentale dei bambini e degli adolescenti. I ritmi e la routine quotidiana cambiarono da un giorno all'altro, la frequenza scolastica venne improvvisamente interrotta e con essa anche i contatti con i pari e con i propri parenti. Il mondo esterno divenne estremamente pericoloso, l'incertezza legata alla situazione e le preoccupazioni dei genitori, anche se dissimulate, vennero probabilmente percepite dai bambini e dagli

adolescenti (Cerniglia, Cimino, Ammaniti, 2020). La vivacità motoria e il bisogno di socializzazione con i propri pari non vennero più canalizzati verso l'esterno e in molti casi rimasero inibiti. La maggiore presenza dei genitori, inoltre, potrebbe aver determinato una minore autonomia da parte dei bambini e degli adolescenti e di conseguenza aver provocato l'attuazione di tendenze regressive e di fasi di dipendenza tipiche del passato (Cerniglia, Cimino, Ammaniti, 2020).

Lo studio preliminare di Cerniglia e colleghi (2020) ha evidenziato come, successivamente al periodo della quarantena tra i bambini e gli adolescenti, siano significativamente aumentati i livelli di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti. In particolare, in questo studio, i genitori riportano maggior frequenza di sintomi esternalizzanti come irrequietezza, opposizione e difficoltà di concentrazione nei figli maschi, mentre maggior frequenza di sintomi internalizzanti come ritiro, tristezza, sintomi somatici e nella sfera alimentare nelle figlie femmine. Sono stati riscontrati anche problemi a livello di regolazione emotiva, comportamentale e nella sfera del sonno, in particolare nella fase di addormentamento (Cerniglia, Cimino, Ammaniti, 2020).

Lo studio di Bozzola e colleghi (2022) ha investigato, d'altro canto, l'impatto della pandemia da Covid-19 sullo sviluppo di disturbi neuropsichiatrici nei bambini e negli adolescenti italiani. Con l'aiuto della Società Italiana di Pediatria (SIP), sono stati raccolti i dati dei ricoveri nelle neuropsichiatrie e nei reparti di pediatria di nove regioni italiane, nell'arco di tempo di due anni, dall'anno precedente all'insorgere della pandemia a quello successivo. I risultati mostrano come gli accessi in generale alle neuropsichiatrie siano aumentati del 83,1% in questo periodo. Le principali cause dei ricoveri sono state: ideazioni suicidarie (aumento dei casi del 147%), depressione (aumento del 115% dei casi), disturbi alimentari (aumento dei casi del 78,4%) e psicosi (aumento dei casi del

17,2%) (Bozzola et al, 2022). Dai risultati si evidenzia come la popolazione maggiormente colpita sia quella delle ragazze caucasiche di età maggiore ai 12 anni (Bozzola et al, 2022).

Essendo la pandemia da Covid-19 un evento relativamente recente, i dati in letteratura sono ancora pochi e le conoscenze in merito alle conseguenze sul piano sociale, sanitario e psicologico nella popolazione adulta e infantile sono ancora arretrate. Tuttavia, è impossibile negare che questo evento abbia stravolto le nostre vite e abbia determinato degli effetti sul nostro benessere. Bozzola e colleghi (2022) parlano di una “Seconda Pandemia” che ha colpito non solo il corpo, ma, soprattutto, la salute mentale degli individui più vulnerabili (Bozzola et al, 2022).

1.2 La definizione della qualità della vita e l'impatto del Covid-19.

Il costrutto della qualità della vita viene definito nel 1948 dalla World Health Organization (WHO) come la percezione che gli individui hanno della loro posizione di vita, nel contesto della cultura e del sistema di valori in cui vivono, in relazione ai loro obiettivi, alle loro aspettative, alle loro abitudini e alle loro preoccupazioni.

È un concetto multidimensionale che comprende non solo la valutazione rispetto alle condizioni fisiche e all'assenza di malessere dell'individuo, ma anche la sua capacità di funzionare, in termini sia di benessere psicologico, sociale e della percezione rispetto al proprio stato di salute (Bonichini & Tremolada, 2019).

Veenhoven (2001) definisce la qualità della vita come un costrutto complesso utilizzato per esprimere diversi significati. Al suo interno si possono distinguere tre principali concetti, essi riguardano la qualità dell'ambiente di vita, la qualità di affrontare positivamente la vita e la qualità dei propri risultati. La qualità dell'ambiente di vita si riferisce alla qualità dell'ambiente fisico, sociale e relazionale in cui le persone vivono, le condizioni esterne per una buona vita sono di fatto equiparate con la buona vita in sé, l'autrice definisce questo aspetto come *livability*. La seconda nozione, invece, si riferisce alle abilità vitali delle persone, ovvero quanto un individuo posseda capacità personali, fisiche e psicologiche che gli permettano di affrontare adeguatamente e positivamente la propria vita, viene anche definita come *art of living*. La qualità dei propri risultati, infine, si riferisce alla qualità di vita rispetto ai risultati della stessa, in termini di produttività, divertimento e capacità di raggiungere i propri obiettivi (Veenhoven, 2001).

Questo costrutto viene differenziato dal concetto di felicità inteso come la valutazione personale della qualità della propria vita presente, ovvero quanto a una persona piaccia la

propria vita. La felicità non è da confondere con la qualità della vita in quanto è una valutazione temporanea che può modificarsi nel tempo, a seconda delle esperienze di vita del soggetto e il suo stato d'animo in un momento specifico della sua vita (Veenhoven, 2001).

Dalla letteratura si evince come sia complesso definire in modo univoco e completo il concetto di qualità di vita. Diverse sono le variabili che concorrono alla sua definizione: la salute fisica, lo stato psicologico, il livello di autonomia, i rapporti sociali, le credenze personali e il rapporto con l'ambiente di vita. Altri fattori che possono influenzarlo sono il reddito, la condizione di libertà o il livello di sviluppo del paese di residenza dell'individuo (Bonichini & Tremolada, 2019).

Goldwurm, Baruffi e Colombo (2004) distinguono due cluster di fattori che definiscono la qualità della vita, essi sono i fattori oggettivi e i fattori soggettivi. I primi sono uguali e definibili per tutti e riguardano l'abitazione, il lavoro, il livello economico, il tempo libero, l'ambiente fisico, la rete di relazioni, il sistema educativo, i servizi sociosanitari, i provvedimenti attuati per evitar le disuguaglianze, tutelare e rispettare le minoranze e il grado di libertà, di giustizia e di democrazia del paese. I fattori soggettivi invece riguardano la percezione soggettiva che l'individuo ha del proprio benessere psicologico, del funzionamento fisico e sociale, dell'utilizzo delle opportunità date dal proprio ambiente, della percezione della propria vita, del soddisfacimento delle proprie aspirazioni, dell'autovalutazione della propria realizzazione e della stima complessiva di sé. Ciascun fattore dovrebbe essere considerato tenendo presente sia lo stato oggettivo di salute dell'individuo che la sua percezione soggettiva, influenzata dalla personalità e dalle esperienze individuali (Bonichini & Tremolada, 2019).

Per concludere si può affermare come la qualità della vita sia un costrutto multidimensionale, complesso e difficile da definire soprattutto perché legato ad un giudizio soggettivo da parte della persona e quindi ad un punto di vista, un modo di vivere e di percepire la propria esperienza (Bonichini & Tremolada, 2019).

La qualità della vita è un concetto generale e soggettivo che si riferisce al benessere percepito dall'individuo sulla base di fattori oggettivi e valutazioni soggettive che egli fa rispetto alle proprie funzioni fisiche, sociali, psicologiche facendo riferimento ai propri valori e agli obiettivi personali. Quando ci si riferisce alla qualità della vita in funzione dei fattori che includono la salute individuale si parla della qualità della vita relazionata alla salute (Health Related Quality of Life, HRQOL). Questo concetto è stato inizialmente introdotto in letteratura per definire la valutazione dello status di salute, fu utilizzato da Kaplan e Bush (1982) nella discussione in merito al concetto di *quality-adjusted life years (QALYs)*, ovvero la qualità di vita adeguata in un anno, come una misura del valore di un anno in piena salute.

Dalla letteratura si evince come ci siano state difficoltà anche per la definizione di questo costrutto. Spesso viene confuso con la definizione di qualità della vita e i due termini vengono intercambiati. La definizione più accreditata della qualità della vita relazionata alla salute afferma come questa si riferisca al valore di salute, ovvero i valori assegnati a differenti stati di salute (Karimi & Brazier, 2016). L'HRQoL può essere utilizzato in due modi, il primo per rappresentare l'utilità associata alla salute mentre il secondo per dare significato a come la salute influenzi la qualità della vita (Karimi & Brazier, 2016).

1.2.1 Impatto del Covid-19 sulla qualità della vita delle persone.

Shek (2021) propone una riflessione in merito ai problemi che la pandemia da Covid-19 ha generato e ampliato nella nostra società. Affronta varie tematiche che, in diversa misura, hanno contribuito a diminuire la qualità della vita della popolazione durante questo periodo. La pandemia da Covid-19 ha prodotto problematiche di natura economica e sociale come l'aumento della disparità economica all'interno della popolazione, l'intensificazione della povertà e la crisi economica generata dal blocco delle attività. In aggiunta, l'emergenza sanitaria ha comportato un sovraccarico dei servizi sociosanitari che, di conseguenza, hanno determinato una riduzione degli accessi. Il distanziamento sociale, inoltre, ha costretto la popolazione ad accedere maggiormente ai servizi digitali, come social network e internet, creando un maggior divario sociale, educativo e relazionale soprattutto per quelle persone e quelle famiglie con meno disponibilità economiche e sociali (Shek, 2021).

Un'altra problematica evidenziata riguarda come l'isolamento sociale e la quarantena forzata abbiano costituito un elemento di stress rilevante per tutta la popolazione. Come precedentemente affermato, le famiglie con figli a carico, e in particolar modo le donne, sono coloro che hanno risentito di più di questi cambiamenti a livello psicologico, individuale e sociale. Tradizionalmente, la donna viene riconosciuta come il caregiver che si deve occupare dei figli, della famiglia e della casa. L'isolamento sociale, la chiusura delle scuole e delle attività hanno aumentato il carico di responsabilità e di impegni da gestire comportando in molti casi un disequilibrio a sfavore del genere femminile nella distribuzione dei ruoli genitoriali e professionali (Shek, 2021).

Lo studio di Ferreira e colleghi del 2021 ha confrontato la qualità della vita associata alla salute (HRQoL) e i livelli di ansia della popolazione portoghese prima e durante la pandemia da Covid-19. La quarantena ha provocato molteplici disagi a livello sociale e individuale come, ad esempio, l'impossibilità di muoversi e fare esercizio, limitazioni nella vita sociale e spirituale, cambiamenti a livello della vita lavorativa, maggiori conflitti a livello familiare, diminuzione degli accessi ai servizi socio-sanitari, maggior utilizzo di internet e dei social network, insicurezza, ambiguità e paura. Precedenti ricerche dimostrano come alcuni di questi fattori correlino positivamente con alti livelli di stress, ansia e depressione e di conseguenza con una minore qualità della vita relazionata alla salute. Gli autori hanno voluto indagare quali fattori influenzassero negativamente la qualità della vita e il benessere della popolazione portoghese durante la quarantena causata dalla pandemia da Covid-19 (Ferreira et al., 2021).

I risultati di questo studio evidenziano come in generale le persone durante la quarantena abbiano sperimentato maggiori livelli di ansia e una minor qualità della vita relazionata alla salute rispetto al periodo precedente. Nello specifico le donne e le persone anziane sono coloro che hanno riportato maggiori livelli d'ansia e peggiore qualità della vita. Diversi fattori relativi alle condizioni relazionali e socio-economiche dei singoli individui, ovvero, l'essere donna, l'essere disoccupati, soffrire di disturbi cronici o essere soli correlano positivamente con livelli più bassi di HRQoL e influenzano negativamente i valori di ansia e di stress delle persone (Ferreira et al., 2021).

Si può affermare quindi come la pandemia da Covid-19 abbia peggiorato la qualità della vita e il benessere di molte persone, in particolare per coloro che vivevano in una situazione di disagio fisico, psicologico o sociale già prima dello scoppio dell'emergenza sanitaria.

1.3 La definizione della Fatigue e l'impatto del Covid-19.

Un costrutto associato alla qualità della vita è quello della fatigue, considerata come il fattore che in maggior misura contribuisce al suo abbassamento.

La fatigue è un concetto difficile da definire, non solo a causa della soggettività delle esperienze e dei significati da cui è caratterizzata, ma anche perché ha una natura multidimensionale ed eterogenea. È stata interpretata sia come una singola e discreta esperienza, sia come un fenomeno dimensionale che si manifesta all'interno di un continuum di intensità (Taylor, Jason, Torres, 2000).

La fatigue, o affaticamento in italiano, è un sintomo universale non esclusivamente associato alle malattie acute e croniche, ma è relazionato anche con la normale, sana e funzionante vita di tutti i giorni. È una delle più comuni lamentele comunicate delle persone nella cura primaria della salute (Aaronson et al., 1999).

Diverse sono le definizioni che nel corso del tempo si sono proposte per definire nel modo più completo possibile questo costrutto. Da una prospettiva psicologica, la fatigue è stata definita come uno stato di stanchezza relazionato ad una scarsa motivazione da parte dell'individuo. La fatigue psicologica è associata allo stress e ad altre esperienze emotive intense, può inoltre affiancarsi ad ansia e depressione. Inserita all'interno di una cornice psicologica può essere vista come una risposta da parte dell'organismo a richieste provenienti dall'interno o dall'esterno che eccedono le risorse disponibili che l'individuo ha a disposizione (Aaronson et al., 1999).

Piper nel 1989 propose la più usata e diffusa classificazione distinguendo tra fatigue cronica e acuta. La fatigue acuta è identificata come protettiva, correlata ad una singola causa, generalmente si presenta in individui sani, viene percepita come normale, ha uno

sviluppo rapido e una durata breve. Solitamente viene alleviata con il riposo, la dieta, l'esercizio fisico o la gestione dello stress, ha un minore o minimo effetto nelle attività di tutti i giorni e nella qualità della vita della persona. La fatigue cronica, invece, ha funzione e scopo sconosciuti, generalmente colpisce le popolazioni cliniche, ha molteplici e dubbie cause e spesso viene percepita anche senza essere relazionata ad una specifica attività o in situazioni di affaticamento. Quest'ultima è anche avvertita come anomala, inusuale ed eccessiva, è persistente e ha un effetto maggiore sulle attività di tutti i giorni e sulla qualità della vita della persona (Aaronson et al., 1999).

L'ultima delle definizioni più accreditate e accolte è quella che descrive la fatigue come la consapevolezza rispetto ad una diminuzione della propria capacità di svolgere azioni fisiche o mentali. Questa è causata da uno sbilanciamento nella disponibilità, nell'uso o nel recupero delle risorse necessarie per svolgere la suddetta attività. La fatigue si manifesta quando il sistema è fuori dall'equilibrio, ovvero quando l'organismo ha risorse insufficienti perché la domanda o il bisogno sono eccessivi oppure perché i meccanismi di utilizzo e recupero sono disturbati (Aaronson et al., 1999).

La fatigue è un sintomo chiave di molteplici disturbi, dalla sindrome da fatigue cronica a reazioni di stress e sindromi somatiche funzionali. La sindrome da fatigue cronica è un disturbo che viene spesso diagnosticato successivamente ad un periodo di sei mesi in cui il soggetto percepisce un inspiegabile, persistente o ricorrente affaticamento, proveniente da uno sconosciuto o definito esordio. Questo non è determinato da una situazione di sforzo continuo, non viene alleviato dal semplice riposo e determina una sostanziale riduzione dei livelli di attività precedenti. Il disturbo è anche associato ad altri sintomi come dolore muscolare, mal di testa ricorrenti, problemi di memoria e di concentrazione e difficoltà a riposarsi durante il sonno (Taylor, Jason, Torres, 2000).

1.3.1 *Impatto del Covid-19 sulla fatigue.*

Precedentemente viene descritto come la pandemia da Covid-19 sia stato un evento che ha determinato nella vita delle persone molteplici cambiamenti di natura sanitaria, psicologica, sociale ed economica. La maggior parte dei cambiamenti ha costituito una notevole fonte di stress per le persone e in particolar modo per le famiglie con a carico figli in età scolare.

Diverse ricerche dimostrano come il benessere dei genitori sembri essere un fattore di rischio per lo sviluppo di paura e ansia, specialmente in riferimento alla sicurezza dei figli. L'isolamento sociale, l'instabilità delle finanze e il distress psicologico causati dalla pandemia sono connessi con elevati livelli di stress genitoriale (Marchetti et al., 2020).

Lo stress genitoriale costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo di esiti negativi nella salute mentale dei genitori e dei figli. Una prolungata esposizione allo stress e mancanza di resilienza possono produrre stanchezza e travolgente esaurimento nei genitori, i quali sono fattori predisponenti al burnout genitoriale. L'affaticamento genitoriale può essere connesso con la credenza che la genitorialità richieda troppi strumenti, i genitori possono sentirsi troppo stanchi per passare del tempo con i propri figli e questo può generare un distanziamento emotivo o mancanza di coinvolgimento nelle vite dei propri figli. La letteratura mette in luce come la risposta allo stress da parte dei genitori sia molto più significativa degli elementi stressanti in sé nel predire il benessere psicologico dei genitori e, di conseguenza, anche quello dei figli (Marchetti et al., 2020).

Lo studio di Marchetti e colleghi del 2020, attraverso un'intervista online somministrata ai genitori italiani, ha esaminato la prevalenza nella manifestazione dell'esaurimento genitoriale e i suoi rischi associati, durante le prime quattro settimane di quarantena. Dai

risultati emerge come più dell'80% del campione abbia riportato elevati livelli di distress psicologico e circa un soggetto su cinque abbia riscontrato anche un significativo esaurimento genitoriale (Marchetti et al., 2020). Sono state identificate differenze di genere nella vulnerabilità allo stress in quanto le madri, rispetto ai padri, mostrano livelli significativamente maggiori di distress psicologico. Altri fattori di rischio per lo stress genitoriale sono: di natura sociodemografica, come l'averne un elevato numero di figli; relativi alle caratteristiche dei figli, come l'averne figli con bisogni speciali; e, rispetto al funzionamento familiare, come la mancanza di un supporto genitoriale da parte del partner e, quindi, famiglie monoparentali. In aggiunta è stato riscontrato che genitori con livelli maggiori di distress psicologico, minor resilienza genitoriale e bassa percezione delle connessioni sociali hanno un rischio elevato di sperimentare l'esaurimento genitoriale (Marchetti et al., 2020).

1.4 Affaticamento familiare e conseguenze sul benessere dei figli.

L'esposizione da parte degli individui a molteplici fattori stressanti può condurre allo sviluppo di fatigue cognitiva, emotiva e fisica, la quale è in grado di generare tensioni eccessive all'interno della relazione tra genitori e figli. Più i livelli di stress dei genitori salgono, più aumenta la probabilità che mettano in atto un parenting più rigido ed ostile, innalzando di conseguenza anche il rischio di compiere maltrattamenti e abusi sui propri figli. Esistono tuttavia dei fattori protettivi come il controllo percepito sugli eventi stressanti o la presenza di un ambiente familiare supportante, i quali tendono a diminuire il distress e ridurre il rischio che si manifestino comportamenti genitoriali estremamente disfunzionali (Brown et al., 2020).

Più i genitori sono stressati più hanno difficoltà nel comprendere i bisogni dei propri figli e nel rispondervi in modo sensibile. Lo stress è spesso associato alla messa in atto di comportamenti bruschi e alla difficoltà, da parte dei genitori, di riuscire a spiegare limiti e disciplina. I figli in queste famiglie possono sentirsi meno capiti dai loro genitori e possono reagire in modi più violenti ed aggressivi. Inoltre, quando i figli non ricevono dagli adulti comportamenti responsivi come risposta alle loro preoccupazioni, possono mostrare maggior distress, manifestato attraverso maggiori problemi emotivi e comportamentali quali disattenzione e difficoltà a concentrarsi (Spinelli, Lionetti, Pastore, Fasolo, 2020).

L'abilità di valutare e gestire situazioni stressanti di un bambino dipende da diversi fattori quali il proprio livello di sviluppo cognitivo ed emotivo, dal livello di esposizione agli eventi stressanti, dall'età, dal sesso, dal funzionamento psicologico, dal temperamento e dal sostegno fornito dalle figure di attaccamento. Il ruolo dei genitori è fondamentale

nello sviluppo di queste abilità. Alcune ricerche dimostrano come l'atteggiamento protettivo da parte dei genitori sia fondamentale nella regolazione delle reazioni emotive legate allo stress dei figli. Ancora, il supporto emotivo fornito dai genitori costituisce un fattore protettivo fondamentale contro il manifestarsi di sintomi psicopatologici nei figli (Cerniglia et al., 2020).

La competenza emotiva è centrale per uno sviluppo sano durante l'infanzia e l'adolescenza. Molte abilità della competenza emotiva si definiscono durante l'infanzia, tuttavia i genitori continuano a ricoprire un ruolo importante anche nei momenti successivi della crescita dei figli influenzando la regolazione e la comprensione delle emozioni negli adolescenti. Se queste abilità sono debolmente sviluppate possono costituire un fattore di rischio sia per lo sviluppo di disturbi internalizzanti che esternalizzanti (Otterpohl et al., 2001).

Durante la pandemia da Covid-19 le persone di tutto il mondo hanno sperimentato una nuova ed ampia gamma di fattori stressanti, i quali hanno minacciato il loro benessere in termini di salute, sicurezza ed economia. Tuttavia, a risentirne maggiormente sono state le famiglie con a carico figli in età scolare. Il ruolo educativo dei genitori per i propri figli è diventato molto più cruciale rispetto a prima. I bambini avevano solo i propri genitori attorno a sé, i quali dovevano offrire il loro supporto con lo studio quando necessario, promuovere uno sviluppo positivo e nuove esperienze di apprendimento per gli infanti e i bambini in età prescolare (Spinelli, Lionetti, Pastore, Fasolo, 2020).

La quarantena ha aggravato il peso sulle spalle dei genitori, i quali sono stati chiamati ad assumere un ruolo educativo cercando contemporaneamente di vivere le loro vite e gestire i propri impegni lavorativi quotidiani. Questa situazione ha significativamente aumentato

il rischio di sperimentare stress ed emozioni negative da parte dei genitori, con un potenziale effetto a cascata sul benessere dei figli (Spinelli, Lionetti, Pastore, Fasolo, 2020).

Spinelli e colleghi (2020) hanno condotto uno studio nelle famiglie italiane per esplorare come gli effetti dei fattori di rischio correlati al Covid-19 abbiano influito sull'esperienza di benessere dei genitori e dei figli. L'obiettivo dello studio era quello di esplorare come le variabili associate alla pandemia, quali aspetti strutturali della casa e dell'ambiente familiare, esperienza soggettiva di stress genitoriale e adattamento alla quarantena, avessero influenzato il benessere dei genitori e dei figli e indagare l'associazione tra il benessere dei figli e quello dei genitori. Dai risultati è emerso come la percezione individuale della situazione da parte dei genitori, e, più nello specifico, la difficoltà che avevano nel gestire i molteplici fattori di stress che la quarantena imponeva, erano significativamente associati con lo stress dei genitori e i problemi psicologici dei figli. La gestione a livello individuale e diadico dello stress da parte dei genitori ha impattato significativamente sui problemi emotivi e comportamentali dei figli. Più le tensioni provocate dalla quarantena compromettevano l'abilità dei genitori di apprezzare e godere dell'esperienza relazionale con i propri figli, più le conseguenze negative sul benessere di quest'ultimi erano forti.

CAPITOLO 2

L'ansia e la rabbia: costrutti psicologici da valutare nel periodo post-Covid-19.

2.1 Definizione e caratteristiche del costrutto dell'ansia.

L'ansia e la paura sono state definite come le emozioni più frequenti e comuni che caratterizzano il percorso evolutivo dei bambini e le vite degli adulti. L'ansia è definita come l'attivazione psicofisiologica dell'organismo determinata dall'anticipazione di una minaccia futura. È un sentimento spiacevole, affiancato ad uno stato di attesa rispetto ad un evento imprevisto e vissuto come sgradevole. È caratterizzata sia da una risposta fisiologica dell'organismo, come presenza di tensione muscolare, che da una cognitiva, come stato di allerta e vigilanza in preparazione al pericolo imminente, come pure da una risposta comportamentale, come la messa in atto di condotte di evitamento (Williams & Volpi, 2017). L'ansia è una risposta emotiva rispetto ad un pericolo più o meno reale o più o meno atteso prefigurato dal soggetto, implica un'attivazione cognitiva ed emotiva in senso anticipatorio. Il vissuto anticipatorio riguarda un'attivazione negativa nella proiezione di quello che potrebbe verificarsi. Non ci sono elementi della realtà che suggeriscano l'esito negativo dell'evento e non ci sono esperienze pregresse vissute dal soggetto relative allo stesso evento che abbiano avuto un esito negativo (Williams & Volpi, 2017).

L'ansia è un costrutto ambiguo perché è stato concettualizzato in diversi modi. Spielberger (1966), attraverso la distinzione tra ansia di stato e ansia di tratto, suggerì che

il concetto dell'ansia potesse essere compreso sulla base di variegata definizioni della stessa. L'autore definì l'ansia di stato come un'emozione transitoria caratterizzata da attivazione fisiologica e percezione di sentimenti coscienti di apprensione, terrore e tensione mentre l'ansia di tratto come una predisposizione individuale a rispondere in modo ansioso. La distinzione tra ansia di stato e ansia di tratto è analoga alla distinzione tra energia cinetica ed energia potenziale (Endler & Kocovski, 2001).

L'ansia di stato è una risposta osservabile attraverso comportamenti manifesti, eventi psicologici e sintomi cognitivi. L'ansia di tratto invece viene definita come una propensione a sperimentare ansia di stato, non può essere osservata direttamente ma si manifesta come ansia di stato quando la persona vive un'esperienza stressante. L'ansia di tratto è relazionata alle differenze individuali nella predisposizione all'ansia al pari di un tratto di personalità stabile. Non viene direttamente manifestata nei comportamenti ma può essere dedotta dalla frequenza con cui una persona sperimenta alterazioni nell'ansia di stato nel corso del tempo. Le persone con alti livelli di ansia di tratto sono più vulnerabili allo stress e percepiscono come dannose o minacciose una più ampia gamma di situazioni. L'ansia di tratto è definita come una vulnerabilità a rispondere in modo ansioso allo stress e alla minaccia psicologica. Generalmente viene descritta come una tendenza generale a rispondere in modo ansioso (Reiss, 1997).

Viene eseguita una distinzione anche tra ansia di tratto e sensibilità all'ansia, queste misurano diversi indicatori per predire ansia o paura future. L'ansia di tratto predice l'ansia futura sulla base di un'esperienza ansiosa vissuta nel passato. La sensibilità all'ansia invece predice paure future sulla base del grado di sostegno delle credenze del soggetto relative all'ansia di stato, a prescindere dalla frequenza dell'intensità delle esperienze ansiose nel passato (Reiss, 1997).

Nonostante l'ansia sia considerata come un'emozione normativa e tipica del vissuto emotivo delle persone, se viene amplificata e non corrisponde alla natura degli eventi contestuali o al livello di sviluppo della persona, si può affermare come il comportamento sia una manifestazione di un disturbo d'ansia (Williams & Volpi, 2017). Il disturbo d'ansia è considerato come un'alterazione stabile di un segnale affettivo adattivo generalmente messo in attivazione per segnalare la presenza nell'ambiente di minacce alla propria sopravvivenza. L'eccessiva attivazione può essere determinata da situazioni ambientali specifiche che non presentano stimoli minacciosi, o rivolta ad una situazione non specificata in cui il pericolo è imminente. Lo stato di attivazione non riesce ad essere regolato né attraverso processi di rappresentazione, né attraverso le rassicurazioni di figure significative per il soggetto. Esso termina con l'indurre la messa in atto di condotte di evitamento dalle situazioni percepite come ansiose più o meno rigide, che risultano essere l'unica strategia efficace per gestire e regolare lo stato di allarme (Williams & Volpi, 2017).

2.1.1 Ansia e Covid-19.

A fronte di una pandemia caratterizzata dalla diffusione di una malattia infettiva senza precedenti, è naturale sentirsi ansiosi ed essere preoccupati per la propria e altrui salute. Per molti individui l'ansia è stata una risposta proporzionata e adattiva alla minaccia messa in atto dal virus, motivandoli ad attuare comportamenti precauzionali per la propria salute. Tuttavia, per una minoranza, soprattutto per coloro predisposti allo sviluppo di un disturbo d'ansia o con mancanza di risorse per affrontare la situazione, la pandemia da Covid-19 potrebbe essere stato un incidente critico che ha scatenato problemi relazionati

alla salute. In questi individui la normale ansia relativa alla salute è degenerata diventando stressante ed invalidante; per altri, invece, la paura relazionata alla salute è stata transitoria e si è placata una volta passata la minaccia (Haig-Ferguson, et al., 2021).

Confrontati con gli adulti, i bambini e gli adolescenti rappresentano un gruppo particolarmente vulnerabile all'influenza della pandemia e delle politiche di distanziamento attuate come, ad esempio, la chiusura delle scuole. Molti studi hanno evidenziato come la pandemia abbia avuto un impatto negativo elevato sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti. Di fatto l'ansia viene definita come il disturbo mentale più frequente tra la popolazione più giovane in Europa e la causa principale di difficili condizioni di salute mentale anche negli anni successivi (Ludwig-Walz, et al., 2023).

Durante la pandemia i giovani hanno subito un prolungato isolamento sociale, perso traguardi importanti del proprio sviluppo, con la chiusura delle scuole e l'imposizione della quarantena. Lo stress familiare è aumentato e le interazioni con i propri pari diminuite, questi sono tutti fattori precipitanti per lo stress psicologico e lo sviluppo di difficoltà associate alla salute mentale (Racine, et al., 2021).

I bambini e gli adolescenti sembrano essere particolarmente vulnerabili all'isolamento e alla solitudine; quindi, date le misure di contenimento del Covid-19 questa fragilità potrebbe aver condotto ad un aumento dell'impatto sulla loro salute mentale. Stando ai dati dell'UNICEF precedenti alla pandemia, nel 2019 in Europa la prevalenza dei disturbi mentali tra i maschi e le femmine di età compresa tra i 10 e i 19 anni era del 16.3%. Anche la World Health Organization (WHO) ha descritto i disturbi d'ansia come i più diffusi in

questo gruppo d'età con profonde conseguenze sulla salute fisica e mentale nella vita futura (Ludwig-Walz, et al., 2023).

Racine e colleghi (2021) hanno condotto una metanalisi sugli studi che hanno analizzato la prevalenza globale dei sintomi depressivi ed ansiosi nei bambini e negli adolescenti durante il periodo del Covid-19. Dai risultati provenienti dal raggruppamento dei campioni emerge che un bambino su quattro sta manifestando elevati sintomi clinici depressivi e un bambino su cinque sta sperimentando elevanti sintomi clinici ansiosi. A confronto con i dati raccolti prima della pandemia, questi risultati suggeriscono che nei giovani le difficoltà relative alla salute mentale sono duplicate successivamente alla pandemia da Covid-19.

La perturbazione della routine quotidiana e le preoccupazioni riguardo alla salute e il benessere della propria famiglia e dei propri cari durante la pandemia da Covid-19 sono probabilmente associati con un aumento dell'ansia generalizzata nei bambini e negli adolescenti. Alla luce dei fattori demografici, i tassi di prevalenza delle malattie mentali sia prima che durante la pandemia da Covid-19, sono segnalati in modo diverso a seconda dell'età e del sesso del bambino. Appartenere al sesso femminile ed avere un'età maggiore sono importanti fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi internalizzanti (Racine, et al., 2021).

In linea con le ricerche precedenti sulle malattie mentali in infanzia e in adolescenza, il sesso femminile è stato associato con maggiori sintomi ansiosi e depressivi. Alcuni dei fattori che possono aver contribuito alla disuguaglianza di genere nella manifestazione dei disturbi d'ansia possono essere la vulnerabilità biologica, il livello base di autostima inferiore, la maggior probabilità di aver sperimentato violenza interpersonale e

l'esposizione allo stress. È emerso, inoltre, come maggiori tassi di depressione si manifestino in bambini di età più elevate, questo probabilmente è dovuto ai cambiamenti ormonali relativi alla pubertà e al fatto che l'isolamento sociale ha impedito loro di relazionarsi e socializzare con i pari. Tuttavia, l'età non è risultata essere un moderatore significativo nella prevalenza dei disturbi d'ansia. Probabilmente i bambini più grandi avevano più consapevolezza dello stress dei propri genitori e delle implicazioni della pandemia, mentre i bambini più piccoli sono stati in grado di riconoscere i cambiamenti nella propria routine. In entrambi i casi questi fattori contribuiscono a determinare tassi simili nella manifestazione dei disturbi d'ansia nonostante la presenza di meccanismi sottostanti differenti (Racine, et al., 2021).

2.2 Ansia e qualità della vita: come i disturbi d'ansia influenzano la qualità della vita delle persone.

I disturbi d'ansia si manifestano con la più alta prevalenza all'interno dei disturbi psichiatrici e rappresentano il quadro clinico più comune dei disturbi psichiatrici in età infantile (Williams & Volpi, 2017). Data l'alta prevalenza e l'alto costo che questi provocano, essi hanno un sostanziale impatto negativo sulla qualità della vita. Come affermato precedentemente, la qualità della vita si riferisce agli aspetti della vita che la rendono appagante e valida, i quali vanno al di là dei sintomi ansiosi e includono il benessere e la soddisfazione soggettivi della vita degli individui. La definizione della qualità della vita nei disturbi d'ansia incorpora il punto di vista soggettivo delle persone rispetto alle loro circostanze di vita, includendo la percezione della salute mentale, della salute fisica, delle relazioni sociali e familiari, del funzionamento lavorativo del funzionamento a casa (Olatunji, Cisler & Tolin, 2007).

I disturbi d'ansia impattano negativamente molteplici aree funzionali all'interno del costrutto della qualità della vita. L'impatto dei disturbi d'ansia sulla qualità della vita è robusto in quanto risulta essere indipendente dalla severità dei sintomi, variabili demografiche, salute somatica e comorbidità diagnostica. Diversi studi dimostrano come i vari disturbi d'ansia impattino in maniera diversa i domini della qualità della vita. Ad esempio, individui con un disturbo post traumatico da stress (PTSD) hanno una specifica compromissione nella vitalità, nella salute fisica e nella salute mentale; individui con disturbo da panico risultano avere una maggiore compromissione nella salute fisica e fare un maggior utilizzo di farmaci senza prescrizione medica. Ancora, individui con disturbo ossessivo compulsivo (DOC) hanno una compromissione nella vita familiare e nelle

attività della vita di tutti i giorni; individui con fobia sociale hanno maggior compromissione nelle attività sociali e di tempo libero, nelle relazioni e nelle attività occupazionali all'aperto (Olatunji, Cisler & Tolin, 2007).

I disturbi d'ansia hanno un significativo impatto negativo sulla qualità della vita. L'abbassamento della qualità della vita nel dominio sociale dei pazienti con disturbi d'ansia potrebbe potenzialmente contribuire all'eziologia delle condizioni di comorbidità psichiatrica degli individui come, ad esempio, lo sviluppo di un disturbo depressivo maggiore. Una bassa qualità della vita può inoltre rappresentare un fattore di rischio per la ricaduta successiva ad un trattamento concluso con successo nella gestione del disturbo d'ansia (Olatunji, Cisler & Tolin, 2007).

2.3 Definizione e caratteristiche del costrutto della rabbia.

Nonostante la rabbia non venga definita come una sindrome clinica, è spesso trattata nei contesti clinici ed è stato dimostrato come sia presente in molti disturbi psicopatologici. È stato affermato come la rabbia e la sua sequela comportamentale, l'aggressività, siano associate ad un maggior rischio di mettere in atto comportamenti criminali e rappresentano uno dei problemi più dispendiosi nella società moderna. Questo costrutto continua ad essere definito in modo contraddittorio da diversi ricercatori, lasciando risultati incongruenti nella letteratura e modelli teorici incompleti (Cox & Harrison, 2008).

Il costrutto della rabbia è multidimensionale, ha delle dimensioni distinte quali quella affettiva, quella comportamentale e quella cognitiva e diversi elementi psicologici che influenzano sia l'esperienza che l'espressione dell'emozione stessa. La dimensione affettiva della rabbia si riferisce all'esperienza emotiva ed è generalmente nota come rabbia. Si caratterizza per essere una sensazione soggettiva negativa associata a deficit e distorsioni cognitive, così come i correlati psicologici che si manifestano in risposta ad uno stimolo percepito come negativo, e può risultare all'interno di un pattern di comportamento maladattivo (Cox & Harrison, 2008). La dimensione comportamentale della rabbia invece si riferisce più frequentemente all'aggressività, rappresenta un insieme di comportamenti finalizzati a causare danno all'altro o alla messa in atto di una vendetta per risanare un danno percepito (Cox & Harrison, 2008). La dimensione cognitiva, infine, si riferisce ad un insieme di valutazioni cognitive che guidano la valenza dell'emozione percepita. È stata più frequentemente definita come un fenomeno cognitivo di natura comportamentale che asserisce il processo emotivo, ma non è di per sé un'emozione. È spesso accreditata con la definizione di ostilità, ipotizzato che l'ostilità

venga definita come un insieme di valutazioni cognitive negative di circostanze individuali, e rappresenta un costrutto indipendente dall'espressione e dall'esperienza della rabbia (Cox & Harrison, 2008).

Per identificare il costrutto come uno stato emotivo, la rabbia è stata inoltre definita in termini di rabbia di stato, di tratto e sulla base della sua manifestazione. La rabbia di tratto si riferisce al complessivo costrutto della rabbia ed è definito come la predisposizione alla rabbia o una predisposizione relativamente stabile a reagire a stimoli percepiti come negativi in modo arrabbiato. Al contrario l'ansia di stato allude alla dimensione affettiva definita come una risposta emotiva ad un fattore stressante che può variare nella sua intensità e durata. Spielberger e i suoi colleghi hanno inoltre affrontato l'espressione della rabbia in termini di *anger in* e *anger out*, riferendosi alla soppressione della risposta di rabbia da parte degli individui (*anger in*) o se esprimano apertamente e direttamente l'emozione (*anger out*), (Cox & Harrison, 2008).

Dal punto di vista cognitivo-comportamentale, vi sono all'interno della letteratura numerose teorie sulla rabbia, quelle maggiormente accreditate sono le teorie della valutazione. Descrivono come l'esperienza della rabbia dipenda dalla valutazione di ordine superiore degli eventi. Il processo cognitivo determina se un evento porta o meno all'esperienza della rabbia sulla base della valutazione individuale della situazione, l'interazione tra gli eventi scatenanti, le caratteristiche e lo stato mentale individuale. Queste teorie suggeriscono che la cognizione di ordine massimo è il fattore causale dell'esperienza della rabbia, dal momento che si trova nel livello del processo di valutazione in cui l'atteggiamento dell'individuo viene coinvolto nel determinare l'esperienza soggettiva della rabbia (Cox & Harrison, 2008). Questo modello della rabbia fa in modo che la percezione sensoriale stimoli un'attivazione generalizzata includendo

anche il sistema nervoso autonomo. Questa attivazione generale innesca il processo di valutazione che successivamente viene guidato da pensieri automatici, i quali sono modellati sulla base delle esperienze individuali precedenti, valutazioni del sé e altri fattori situazionali e caratteristici come valutazione negativa del sé o degli altri. Questi pensieri automatici possono condurre a percezioni cognitive errate riguardo all'ambiente o alla situazione. Il significato caratteristico che l'individuo associa allo stimolo dirige successivamente l'esperienza soggettiva emotiva (Cox & Harrison, 2008).

2.3.1 Rabbia e Covid-19.

La situazione stressante creata dalla pandemia ha causato problemi di salute mentale come ansia, sintomi depressivi, insonnia, negazione, rabbia e paura. Questi problemi mentali non hanno compromesso solo l'attenzione, la comprensione e l'abilità di prendere decisioni, ma hanno ostacolato anche la lotta contro il Covid-19 e hanno generato un impatto duraturo sulla salute mentale della popolazione generale in seguito a questo periodo (Söğütlü, Söğütlü & Göktaş, 2021).

Depressione, sentimenti di solitudine, impotenza, disperazione, ansia e sentimenti di panico, paura intensa, irritabilità, intolleranza, esplosioni di rabbia nei bambini, svogliatezza, difficoltà di concentrazione, pensieri e fatica mentale eccessivi, problemi nel sonno e nell'appetito, problemi fisici possono essere disturbi mentali presenti nelle vite di tutti come esperienza che chiunque può vivere. Tuttavia, il disagio prodotto dalla pandemia ha indotto lo sviluppo di stigma e sentimenti di solitudine che hanno amplificato lo stress già presente, peggiorando la salute mentale e il benessere di alcune persone (Söğütlü, Söğütlü & Göktaş, 2021).

La regolazione emotiva spesso induce cambiamenti nella risposta emozionale degli individui. Durante la regolazione delle emozioni la persona può aumentare, mantenere o diminuire l'intensità dell'emozioni positive o negative che sta provando. La regolazione emotiva e la gestione delle emozioni giocano un ruolo nel determinare la protezione della salute e lo sviluppo di disturbi mentali. L'aumento dei livelli di ansia durante la pandemia è probabile che abbia determinato difficoltà nella regolazione emotiva, rabbia e insonnia nelle persone (Söğütlü, Söğütlü & Göktaş, 2021).

La rabbia è un'emozione, un pensiero che deliberatamente attacca il sé dell'altro, caratterizzato da sentimenti di ostilità verso qualcuno o qualcosa. Il sentimento di rabbia, che gioca un ruolo molto importante nella vita di tutti i giorni, si manifesta quando la persona si trova in una situazione di ostruzionismo. La rabbia è considerata come una delle emozioni universali, le condizioni che la causano e le modalità con cui viene espressa variano in base all'età, al sesso, al livello di educazione, all'ambiente di lavoro e alla cultura del soggetto. Le condizioni sociali, lavorative, economiche e relazioni determinate dalla pandemia potrebbero aver aumentato le manifestazioni di rabbia da parte degli individui. Inoltre, l'aumento di ansia, problemi importanti nella sfera del sonno e difficoltà nella regolazione delle emozioni potrebbero aver aumentato la rabbia (Söğütlü, Söğütlü & Göktaş, 2021).

Di Giunta e colleghi (2021) hanno esaminato i cambiamenti e le associazioni nelle strategie di socializzazione emotiva dei genitori per far fronte alle emozioni negative e alla regolazione emotiva dei figli nelle famiglie italiane, attraverso il confronto dei dati raccolti prima e dopo l'inizio della pandemia. Dalla letteratura si afferma come le strategie di socializzazione emotiva dei genitori predicano la regolazione socio emozionale e i problemi comportamentali dei figli. Dai risultati dello studio è emerso che, confrontando

i dati retrospettivi prima e dopo l'inizio della pandemia da Covid-19, c'è stato un aumento della messa in pratica di strategie di socializzazione emotiva non favorevoli da parte dei genitori e un successivo aumento dei problemi internalizzanti ed esternalizzanti nei figli. Precedenti studi affermano come alti livelli di stress percepito hanno un impatto negativo sui comportamenti dei membri della famiglia. Di fatto la pandemia da Covid-19 ha probabilmente aumentato i livelli di stress percepito e la generale esperienza familiare di emozioni negative che potrebbe aver influenzato un maggior uso di strategie relazionali genitoriali negative e non adeguatamente regolate, le quali hanno influenzato le reazioni emotive negative dei figli (Di Giunta, et al., 2021).

Lo studio di Reid e colleghi (2022) ha indagato i cambiamenti nel distress psicologico e nell'attuazione di comportamenti antisociali in un campione di giovani americani prima dello scoppio della pandemia da Covid-19 e successivamente ad essa. Nonostante siano state osservate deboli variazioni dei risultati sulla base del sesso, della razza e dell'etnia degli individui, i risultati dello studio confermano un aumento dei comportamenti aggressivi, bassa tolleranza alla frustrazione, problemi di condotta scolastica e abuso di droghe successivamente allo scoppio della pandemia. L'aumento della frustrazione è relazionata con l'aumento dei comportamenti aggressivi, dei problemi di condotta scolastici o con l'abuso di droga in tutto il campione. I dati supportano l'ipotesi della General Strain Theory, la quale afferma che nei giovani lo stress ha un impatto negativo sulle emozioni e, di conseguenza, determina una diminuzione nella capacità di controllare i comportamenti antisociali. Facendo esperienza di molteplici, croniche o prolungate avversità, come accaduto durante il Covid-19, è probabile che i giovani sperimentino difficoltà nella modulazione delle proprie emozioni aumentando così la messa in atto di comportamenti antisociali (Reid, et al., 2022).

2.4 Ansia e rabbia, relazione tra i due costrutti.

I disturbi d'ansia si manifestano comunemente in età infantile con una prevalenza tra il 15% e il 30% nei bambini e negli adolescenti. I disturbi d'ansia in età infantile comportano un evitamento delle situazioni e delle interazioni appropriate per la relativa fase di sviluppo, inoltre sono associati a conseguenze negative sul piano sociale e relazionale come una percezione negativa da parte dei pari, scarse interazioni sociali e difficoltà nel raggiungimento degli obiettivi scolastici. I disturbi d'ansia in età infantile hanno un'elevata comorbidità con altri disturbi come, ad esempio, la depressione, il disturbo oppositivo provocatorio e i problemi di condotta (Walsh, et al., 2018).

Anche la rabbia risulta essere un'importante predittore della salute fisica e psicologica dei bambini e degli adolescenti. Come affermato precedentemente, la rabbia si riferisce ad un'emozione basica e universale determinata dalla presenza di una minaccia, è inoltre associata con cognizioni focalizzate sulla trasgressione altrui. È un costrutto multidimensionale caratterizzato da: rabbia di tratto, ovvero la tendenza a sperimentare rabbia frequentemente ed intensamente; dall'espressione della rabbia verso l'interno; l'espressione della rabbia verso l'esterno e il suo controllo, ovvero la capacità di controllare i propri sentimenti di rabbia attraverso comportamenti di rilassamento senza esprimerla contro persone o oggetti esterni. Anche l'irritabilità è uno stato psicologico caratterizzato da una bassa soglia nel rispondere agli stimoli con affetti negativi ed è spesso annessa a stati di rabbia e aggressività (Walsh, et al., 2018).

Studi condotti sulla popolazione adulta con disturbi d'ansia hanno evidenziato tassi e intensità della rabbia maggiori rispetto ai gruppi di controllo, la rabbia inoltre è singolarmente associata con la severità del disturbo d'ansia. In aggiunta la rabbia può

essere espressa in modo differente in funzione della diagnosi di disturbo d'ansia, per esempio, pazienti con disturbo d'ansia generalizzata possono sperimentare sentimenti di rabbia, ma sopprimerli molto più spesso dei controlli sani. Tuttavia, pochi studi sono stati condotti per indagare la relazione tra rabbia e ansia nei bambini e negli adolescenti. Diverse sono le motivazioni, una tra queste riguarda il fatto che i disturbi d'ansia e i sintomi d'ansia nei bambini si manifestano in modo diverso rispetto a quelli degli adulti. In età infantile l'ansia può essere espressa con pianto, irritabilità e crisi di rabbia determinando un'errata categorizzazione dei sintomi, come oppositività, da parte degli insegnanti e dei parenti. Bambini e adolescenti che hanno una disregolazione nell'espressione della rabbia possono essere percepiti più negativamente rispetto a quelli che hanno una disregolazione emotiva dell'ansia (Walsh, et al., 2018).

La rabbia è un'emozione comune e spazia da una lieve irritazione alla collera. Se manifestata in forme moderate può essere funzionale nelle situazioni di minaccia ma diventa problematica se si manifesta regolarmente o in maniera molto intensa. Elevati livelli di ansia possono essere associati a comportamenti maladattivi che determinano esiti avversi sulla salute e una bassa qualità di vita. Diversi costrutti psicologici sono strettamente associati alla rabbia, ad esempio, elevati livelli di rabbia e ostilità sono spesso riportati dai pazienti depressi, anche pazienti con disturbo d'ansia spesso mostrano elevati tassi di rabbia e presenza di attacchi di rabbia. Ancora, pazienti con disturbi ossessivi compulsivi, disturbo d'ansia generalizzata, fobia sociale e disturbi di panico manifestano maggiori livelli di ostilità e di rabbia rispetto ai gruppi di controllo. Generalmente maggiori tassi di rabbia sono più frequenti in individui con depressione o disturbi d'ansia (De Bles, et al., 2019).

De Bles, Ottenheim, van Hemert, Pütz, van der Does, Penninx & Giltay, (2019) hanno condotto uno studio con pazienti adulti per analizzare nei disturbi depressivi e ansiosi la relazione con la rabbia di tratto e gli attacchi di rabbia. Dai risultati è emerso come la rabbia di tratto e gli attacchi di rabbia fossero maggiormente prevalenti negli individui con disturbi d'ansia e disturbi depressivi. La rabbia era più frequente nei soggetti con ansia e depressione in comorbidità. Viceversa, elevati livelli di rabbia indicavano una vulnerabilità maggiore allo sviluppo di disturbi depressivi o ansiosi. I risultati confermano che la rabbia è maggiore in pazienti con disturbo depressivo maggiore, fobia sociale e disturbo d'ansia generalizzato (De Bles, et al., 2019). In questo studio sono state riscontrate anche differenze sociodemografiche nella manifestazione della rabbia, ad esempio, gli uomini hanno riportato maggiori livelli di rabbia di tratto, i quali possono essere spiegati dagli effetti neuroendocrini del testosterone e di altri androgeni. Individui più giovani, con un basso livello educativo, dipendenti o abusatori di alcol o che avevano sperimentato droghe nel mese precedente hanno riportato elevati tassi di rabbia di tratto (De Bles, et al., 2019). Infine, è stato rilevato che i sintomi depressivi e di preoccupazione erano maggiormente associati alla rabbia di tratto e alla manifestazione di attacchi di rabbia, questo può essere spiegato dalla disregolazione emotiva, fattore comune sottostante (De Bles, et al., 2019).

L'amigdala è una regione neurale chiave coinvolta nella regolazione emotiva, essa fa parte del sistema limbico. La ricerca ha dimostrato come l'amigdala sia iperattiva nei pazienti con disturbi depressivi o ansiosi ma anche negli individui con elevati tassi di rabbia (De Bles, et al., 2019). Uno studio condotto su bambini e adolescenti con disturbo d'ansia generalizzato ha dimostrato che questi avevano un'iperattivazione dell'amigdala quando venivano mostrate loro facce arrabbiate per pochi millisecondi (Monk, et al., 2008).

Quando venivano mostrate facce arrabbiate, bambini e adolescenti con disturbo d'ansia generalizzato mostravano una maggiore attivazione dell'amigdala rispetto al gruppo di controllo, la maggiore attivazione correlava positivamente con la severità del disturbo d'ansia. In aggiunta l'amigdala destra e la corteccia ventrolaterale prefrontale destra dei soggetti con disturbo d'ansia generalizzata mostravano una maggiore connessione negativa in modo particolare con le facce arrabbiate (Monk, et al., 2008). Per concludere si può affermare come la connessione negativa associata alla minaccia tra la corteccia ventrolaterale prefrontale destra e l'amigdala suggerisca che la corteccia prefrontale moduli la risposta alla minaccia dell'amigdala. In individui pediatrici con disturbo d'ansia generalizzato l'iperattivazione dell'amigdala si manifesta in assenza di un aumento compensatorio nella modulazione da parte della corteccia prefrontale ventrolaterale (Monk, et al., 2008).

CAPITOLO 3

La ricerca.

3.1 Obiettivi della ricerca.

Lo studio di Bozzola e colleghi (2022) dichiara che durante il periodo in cui è insorta la pandemia da Covid-19 gli accessi generali alle neuropsichiatrie infantili sono aumentati del 83,1% (Bozzola et al, 2022). Molti studi hanno evidenziato come la pandemia abbia avuto un elevato impatto negativo sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti, l'ansia viene definita come il disturbo mentale più frequente tra la popolazione dei giovani in Europa (Ludwig-Walz, et al., 2023).

Tenendo in considerazione i dati presenti nella letteratura a disposizione, il primo obiettivo dello studio è quello di eseguire uno screening dei sintomi di ansia e di rabbia nei bambini e negli adolescenti italiani.

In letteratura è ampiamente spiegata e analizzata la presenza di un disaccordo tra le affermazioni riguardo ai propri sintomi e ai propri stati d'animo riportate dai bambini e le informazioni comunicate dai genitori rispetto alla percezione che hanno della salute e del benessere dei propri figli. È profondamente documentato nella letteratura pediatrica e adulta che le informazioni provenienti dagli intervistati attraverso la forma proxy-report non sono equivalenti alle informazioni riportate direttamente dal paziente sulla propria salute (Eiser, & Varni, 2013). Eiser e Varni affermano come siano molteplici le motivazioni alla base della discrepanza nella valutazione della qualità della vita relazionata alla salute (HRQOL) comunicata dal bambino e quella percepita dal genitore.

Queste motivazioni possono essere riassunte in relazione alle caratteristiche del bambino, quelle dell'adulto e dei domini della qualità della vita relazionati alla salute che vengono misurati (Eiser, & Varni, 2013). Gli autori affermano come le informazioni sulla valutazione della qualità della vita del bambino possono essere raccolte sia dal bambino stesso che dal suo genitore, esse sono uniche ma non possono essere considerate come intercambiabili. L'affidabilità delle informazioni comunicate dai genitori rispetto alla percezione che hanno della salute dei propri figli è essenziale quando i bambini non sono in grado di rispondere per proprio conto. La versione proxy-report dei genitori è influenzata dal loro stato di salute, dal loro coinvolgimento nella vita dei figli e dalle responsabilità rispetto alla cura quotidiana che hanno nei loro confronti. La versione self-report dei bambini restituisce una migliore rappresentazione rispetto al loro stato di salute, il bambino è il miglior giudice e il miglior corrispondente dei propri sintomi, delle proprie sensazioni e del proprio stato di salute (Eiser, & Varni, 2013).

Di conseguenza il secondo obiettivo del presente studio è quello di indagare la presenza di una diversità nella percezione della qualità della vita riferita direttamente dal bambino e quella percepita dal genitore. Si vuole quindi esplorare l'esistenza di un'alterazione nei risultati tra la versione self-report e quella proxy-report rispetto alla valutazione della fatigue relazionata alla qualità della vita dei bambini.

Dai capitoli precedenti si evince come la pandemia globale da Covid-19 sia stato un evento che ha determinato grossi cambiamenti nella vita e nel benessere delle persone. In particolare, Balenzano e colleghi (2020) evidenziano che le famiglie con a carico figli in età scolare sono coloro che hanno vissuto maggiori stravolgimenti nella propria routine e coloro che hanno dovuto gestire maggiori fonti di stress e di affaticamento. Diverse ricerche dimostrano come il benessere dei genitori sembri essere un fattore di rischio per

lo sviluppo di paura e ansia, specialmente in riferimento alla sicurezza dei figli. L'isolamento sociale, l'instabilità delle finanze e il distress psicologico causati dalla pandemia sono connessi con elevati livelli di stress genitoriale. Lo stress genitoriale costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo di esiti negativi nella salute mentale dei genitori e dei figli (Marchetti et al., 2020). Dallo studio di Spinelli e colleghi (2020) è emerso come la percezione dei genitori, e più nello specifico, la difficoltà che avevano nel gestire i molteplici fattori di stress che la quarantena imponeva, erano significativamente associati con lo stress dei genitori e i problemi psicologici dei figli (Spinelli, Lionetti, Pastore, Fasolo, 2020).

L'obiettivo conclusivo dello studio è quindi quello di comprendere le associazioni tra l'impatto del Covid-19, la sintomatologia e la qualità della vita dei bambini o degli adolescenti e dei loro genitori.

Nello specifico, il seguente studio intende:

1. Indagare il livello di significatività clinica dei livelli d'ansia, di rabbia e della valutazione della qualità della vita del bambino o dell'adolescente e quella del genitore.
2. Esaminare la presenza di una diversità nella percezione della qualità della vita riportata dal bambino e quella percepita dal genitore, ovvero indagare se è presente un'alterazione tra la versione self-report e quella proxy-report nella valutazione della fatigue del bambino o dell'adolescente.
3. Comprendere le associazioni tra i vari costrutti, le variabili sociodemografiche e il benessere dei genitori.

3.2 Metodologia.

Di seguito viene descritta la metodologia utilizzata per la raccolta dati.

3.2.1 Partecipanti.

Il primo campione è costituito da 131 soggetti di età compresa tra i 6 e i 16 anni, l'età media è di 12.44 anni ($DS = 2.743$; range = 6-16 anni). Il campione è caratterizzato da 60 maschi (45.8% del totale) e 71 femmine (54.2% del totale). Le statistiche descrittive in merito alla classe frequentata indicano che 35 soggetti frequentano la scuola primaria (26.7% del totale), 50 soggetti frequentano la scuola secondaria di primo grado (38.2% del totale) e 46 soggetti frequentano la scuola secondaria di secondo grado (35.1% del totale). Il **Grafico 3.1** rappresenta l'istogramma a piramide raggruppato per età e per sesso dei soggetti del primo campione.

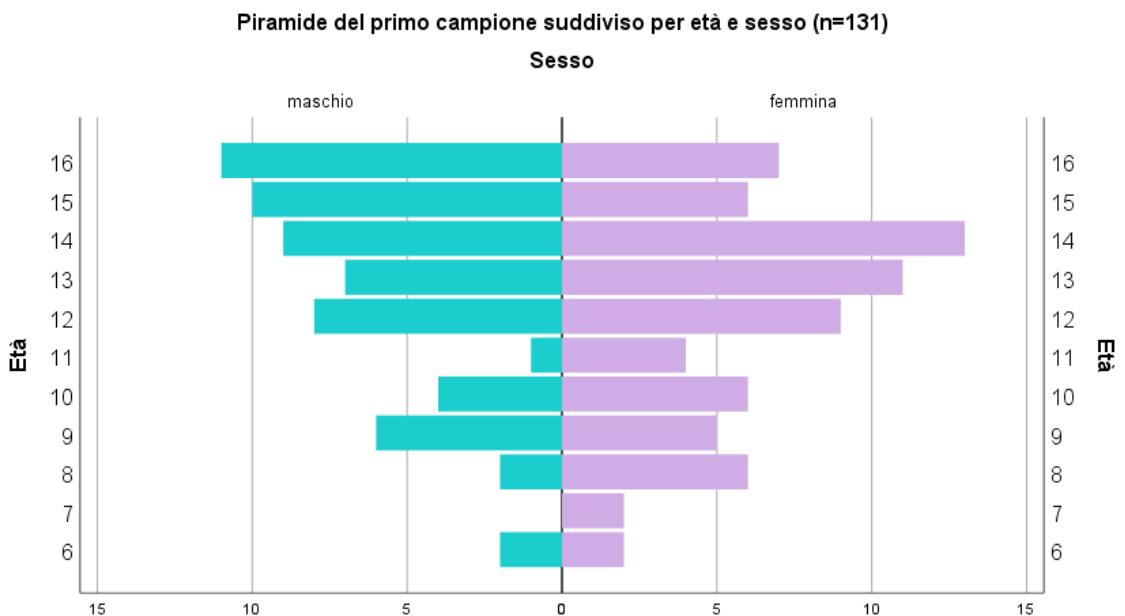


Grafico 3.1. Istogramma a piramide raggruppato per età e sesso dei soggetti del primo campione (N=131).

Il secondo campione è composto da 131 soggetti di età compresa tra i 30 e i 66 anni, l'età media del campione è di 46.46 anni ($DS = 6.025$; range = 30-66 anni), un solo soggetto non ha specificato l'età. Le statistiche descrittive e le frequenze in merito ai dati raccolti dal questionario sociodemografico somministrato ai soggetti del secondo campione sono riassunte nella **Tabella 1**.

Tabella 1. *Informazioni sociodemografiche dei soggetti del secondo campione (N=131).*

		Statistiche				Frequenze	
		<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Frequenza</i>	<i>Percentuale</i>
Età		30	66	46.46	6.025		
Sesso	M					26	19.8%
	F					105	80.2%
Anni di scolarizzazione		5	20	13.82	3.418		
Stato civile	Monogenitore					10	7.6%
	Due genitori					121	92.4%
Situazione economica	Sufficiente					23	16.6%
	Adeguate					72	55.0%
	Buona					36	27.5%

3.2.2 *Procedura di raccolta dati.*

I dati necessari al presente studio sono stati raccolti tra il mese di aprile e il mese di giugno dell'anno 2022 dagli studenti di psicologia durante il corso di *Metodi e strumenti di valutazione dello sviluppo* sostenuto dalla professoressa Sabrina Bonichini e dalla professoressa Marta Tremolada. Prima di procedere alla raccolta dati entrambi i genitori dei bambini hanno firmato il consenso informato scritto. In questo sono stati specificati gli obiettivi dello studio, le informazioni necessarie ai fini della ricerca, le modalità di

raccolta dati e la durata necessaria per la loro raccolta. Successivamente alla compilazione del consenso informato le famiglie hanno ricevuto due link di accesso ai questionari in modalità anonima e protetta sulla piattaforma LimeSurvey, uno riservato esclusivamente al figlio e uno ad un genitore. È stato chiesto che, per ogni figlio, solo un genitore compilasse i questionari assegnategli. Al bambino sono stati somministrati sotto forma di intervista i seguenti questionari: *PedsQoL 3.0* (Varni, 2002), *ChIA* (Ardizzone & Ferrara, 2013), *RCMAS-2* (Scozzari, Sella & Di Pietro, 2012). La somministrazione è avvenuta in un luogo tranquillo, silenzioso e senza distrazioni, prima della compilazione i questionari sono stati introdotti e spiegati. Il genitore, invece, ha potuto compilare autonomamente i questionari online, gli strumenti utilizzati per la raccolta dati dei genitori sono stati i seguenti: Questionario sociodemografico, *PedsQoL fatigue* (versione proxy-report, genitore su bambino/adolescente), *PedsQoL fatigue* (versione self report per genitore), (Varni, 2002).

I dati ottenuti sono stati scaricati dal server Limesurvey in due fogli Excel, il primo riservato ai dati del primo campione mentre il secondo riservato a quelli del secondo campione. Attraverso una procedura di accoppiamento degli indirizzi e-mail utilizzati per la compilazione dei questionari è stato possibile associare i dati di ogni bambino con quelli del proprio genitore.

Lo scoring dei test *RCMAS-2* e *ChIA*, è stato eseguito attraverso l'inserimento manuale delle risposte ai singoli item di ogni soggetto nella piattaforma di testing online di Giunti Psychometrics, Giunti Testing, la quale ha prodotto un profilo dei risultati per ogni soggetto. Lo scoring del test *PedsQoL*, invece, è stato eseguito manualmente seguendo le istruzioni del manuale di riferimento (Varni, 2023).

Al fine di ottenere un campione di dati accurati e validi, sono stati eliminati tutti i profili che hanno ottenuto punteggi poco validi e poco coerenti ai test ($INC \geq 6$ per *RCMAS-2*; $IRI \geq 5$ per *ChIA*) e tutti i profili che non è stato possibile accoppiare ai dati del genitore. Il file Excel generale contenente tutte le variabili di interesse e spoglio dei profili poco affidabili è stato importato nel programma SPSS 26.0 per l'esecuzione dell'analisi dei dati dei due campioni.

3.3 Strumenti utilizzati.

3.3.1 Questionario sociodemografico.

Il Questionario sociodemografico è uno strumento utilizzato per raccogliere informazioni in merito alla situazione sociale, coniugale e lavorativa dei partecipanti. In questo studio sono stati raccolti dati in merito all'età, al sesso, al titolo di studio, alla situazione coniugale e alla situazione economica dei soggetti appartenenti al campione dei genitori. Il titolo di studio è stato convertito in anni di scolarizzazione, sono state create sei categorie ognuna delle quali corrisponde alla conclusione di un determinato percorso scolastico (5=licenza elementare; 8=licenza media; 13=diploma di scuola superiore; 16=laurea triennale; 18=laurea magistrale; 20=formazione post-laurea). Ai soggetti è stato chiesto di definire il proprio stato civile, poiché le celle per ogni categoria non erano distribuite uniformemente, sono state create solo due categorie, se i soggetti dichiaravano di essere sposati o conviventi venivano inseriti nella categoria *Due genitori*, se invece affermavano di essere separati, divorziati, single o vedovi venivano inseriti nella categoria *Monogenitore*. Nel definire la propria situazione economica, invece, i soggetti dovevano dichiarare se si trovavano in una situazione economica sufficiente, adeguata o buona al mantenimento della propria famiglia.

Queste informazioni sono state raccolte per comprendere se e in che modo la posizione sociale in cui si trova una famiglia possa influenzare il benessere individuale e la qualità della vita dei membri appartenenti al nucleo familiare.

3.3.2 RCMAS-2.

La *Revised Children's Manifest Anxiety Scale – Second Edition (RCMAS-2)*, revisione completa della *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)*; Reynolds e Richmond, 1985), è uno dei questionari maggiormente utilizzati nella ricerca e nel trattamento dell'ansia in età evolutiva. È uno strumento d'aiuto per la comprensione e il trattamento di problemi d'ansia che sperimentano i bambini e i ragazzi in età scolare. È un breve test composto da 49 item che valuta l'intensità e la natura dell'ansia nei bambini e nei ragazzi dai 6 ai 19 anni. Può essere somministrato sia individualmente che in gruppo in due possibili modalità, quella carta e matita oppure direttamente attraverso la piattaforma di testing online Giunti Psychometrics, Giunti Testing. È uno strumento di autovalutazione semplice che necessita di circa 10-15 minuti per la sua compilazione. Al soggetto viene chiesto di rispondere a ciascun item con *SÌ* o *NO* sulla base del fatto che questo descriva o meno il suo stato d'animo e i suoi comportamenti. Lo strumento fornisce i punteggi per sei scale, due di queste sono le scale di validità e le altre quattro rappresentano le scale dell'ansia. Le scale di validità sono l'*Atteggiamento difensivo (DIF)* e l'*Indice di Incoerenza nelle Risposte (INC)*, le altre quattro corrispondono all'*Indice di Ansia totale (TOT)*, e altre tre scale correlate all'ansia quali *Ansia fisiologica (FIS)*, *Preoccupazione (PRE)* e *Ansia sociale (SOC)*. Vi sono inoltre 10 item il cui contenuto si concentra sulla valutazione dell'*Ansia prestazionale* (Reynolds & Richmond, 2008).

Al momento della somministrazione il soggetto dovrebbe stare in un luogo tranquillo e il più possibile privo di distrazioni, viene chiesto di completare tutti gli item del test cosicché possa essere esaminato in modo accurato. Prima di iniziare vengono lette al soggetto le istruzioni, successivamente si può procedere alla compilazione. Se necessario si può spiegare il significato di alcuni item e se il soggetto è piccolo o ha difficoltà di

lettura l'esaminatore può leggere gli item ad alta voce. L'*RCMAS-2* è stato scritto per essere compreso facilmente da chi ha un livello di lettura da seconda classe della scuola primaria, difatti il punteggio *Flesh Reading Ease* per gli item (Flesh, 1979), è di 90.6 il quale corrisponde alla fascia *Molto facile*.

Lo scoring viene effettuato esclusivamente attraverso la piattaforma di testing online di Giunti Psychometrics, Giunti Testing, qualunque sia stata la modalità di somministrazione. Lo scoring avviene automaticamente e calcola il punteggio del soggetto producendo anche un profilo grafico.

Per quanto riguarda l'interpretazione dei risultati della *RCMAS-2* la validità delle risposte è di importanza primaria. I due punteggi di validità, quali l'*Atteggiamento difensivo (DIF)* e l'*Indice di Incoerenza nelle Risposte (INC)*, consentono di identificare quando un soggetto ha risposto in modo non valido agli item del test. L'*Indice di Incoerenza nelle Risposte (INC)* è composto da 9 coppie di item in cui solitamente vengono date risposte uguali, il punteggio di questo indice conteggia il numero di coppie per cui sono state fornite risposte discordanti. Quando il valore dell'*INC* è pari a 6, vi è un 81% di probabilità che il soggetto abbia risposto agli item in modo non accurato e coerente. Più il valore di questo indice è elevato più è alta la probabilità che le risposte agli item del *RCMAS-2* non siano affidabili. Il punteggio di *Atteggiamento difensivo (DIF)*, invece, è basato sulle risposte a 9 item elencati sotto questa etichetta, queste indicano se il soggetto è disposto ad ammettere le imperfezioni quotidiane parte dell'esperienza comune. Un punteggio *DIF* elevato indica che il soggetto non è disposto ad ammettere comuni mancanze o ha tentato di dare un'immagine eccessivamente positiva di sé, suggerisce una visione idealizzata, irrealistica o imprecisa che il soggetto ha rispetto a sé.

I punteggi nelle scale contenute sono standardizzati e conosciuti con il nome di punti T normalizzati, i punti T hanno una media di 50 e una deviazione standard di 10, il termine “normalizzato” indica che ciascun valore di un punto T corrisponde allo stesso rango percentile per ogni scala. Un rango percentile riguarda la percentuale di uno specifico gruppo che ha ottenuto un punteggio più basso rispetto a quello in questione. Il manuale specifica di dedicare particolare attenzione ai punteggi che deviano più di 10 punti T dalla media per una determinata fascia di età. I punteggi superiori a 60 T indicano che il soggetto ha almeno qualche difficoltà con l'ansia, i punteggi inferiori a 40 T invece indicano che il soggetto è insolitamente privo d'ansia. Il punteggio di *Ansia totale (TOT)* della *RCMAS-2* si basa sui 40 item che riguardano l'*Ansia fisiologica (FIS)*, la *Preoccupazione (PRE)* e l'*Ansia sociale (SOC)*. In questo punteggio non viene considerato nessuno degli item della scala *DIF*. Il *TOT* è il punteggio più solido ottenuto nella *RCMAS-2* soprattutto per i bambini più piccoli e i soggetti con appartenenza a una minoranza etnica. La scala di *Ansia fisiologica* è formata da 12 item ognuno dei quali si focalizza sulle manifestazioni fisiologiche dell'ansia, in particolare sulle preoccupazioni somatiche. La scala di *Preoccupazione* contiene 16 item che descrivono diverse preoccupazioni ossessive. La scala di *Ansia sociale*, infine, contiene 12 item che descrivono l'ansia in situazioni sociali o di prestazione (Reynolds & Richmond, 2008).

La *RCMAS-2* costituisce l'evoluzione dello strumento inizialmente descritto da Taylor per misurare l'ansia manifesta negli adulti, la *Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS)*; Taylor, 1953). Lo strumento ha buone proprietà psicometriche, l'affidabilità e la validità della *RCMAS-2* come misura di ansia cronica in età evolutiva sembrano ben consolidate dalla letteratura esistente dalla ricerca in corso. Per calcolare l'affidabilità dello strumento è stato calcolato il coefficiente Alfa di Cronbach che risulta essere adeguato, le stime per

ogni scala sono maggiori a .70 (Reynolds & Richmond, 2008). L'adattamento italiano del test è stato condotto da Scozzari, Sella e Di Pietro nel 2012 e anch'esso risulta avere buone proprietà psicometriche in termini di affidabilità e validità. Per valutare l'affidabilità del test è stato calcolato il coefficiente Alfa di Cronbach che risulta essere maggiore di .70 in ogni scala, ad esclusione della sottoscala *Ansia fisiologica (FIS)* in cui la stima del coefficiente Alfa di Cronbach corrisponde .68. La validità dello strumento è stata calcolata attraverso l'analisi della correlazione tra le scale del test in questione, *l'RCMAS-2*, con le *Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA)*; Cianchetti e Sannio Fancello, 2001), (Scozzari, Sella & Di Pietro, 2012).

3.3.3 *ChIA*.

Il *Children's Inventory of Anger (ChIA)* di Nelson & Finch (2000), è uno strumento di autovalutazione della rabbia per bambini e adolescenti dai 6 ai 16 anni. Lo strumento costituisce una procedura efficace anche rispetto ai costi e ai benefici che trae, è utile nelle situazioni in cui è necessaria una valutazione rapida di routine nei confronti dei problemi relativi alla rabbia nei bambini e negli adolescenti. Il *ChIA* non è stato progettato per sostituire la diagnosi clinica, ma è utile sia come strumento di screening sia come fonte di altre informazioni dettagliate nel contesto di una più ampia valutazione clinica. È un test composto da 39 item e richiede circa 10-15 minuti di tempo per la sua compilazione. Il test può essere somministrato sia individualmente che in gruppo attraverso due possibili modalità, quella carta e matita oppure online attraverso la piattaforma di testing di Giunti Psychometrics, Giunti Testing. Le risposte agli item sono su scala Likert a quattro punti, ogni scelta numerica sulla scala viene associata a un

pittogramma che ha lo scopo di aiutare i partecipanti ad avere maggiore consapevolezza della propria esperienza rabbiosa. Le quattro alternative di risposta del test sono:

1. *Non m'importa. Questa situazione non mi dà fastidio per niente. Non capisco come qualcuno possa arrabbiarsi e infuriarsi per una cosa del genere.*
2. *Mi dà fastidio, ma non mi arrabbio molto. Mi passerà subito.*
3. *Sono veramente arrabbiato o infuriato, ma penso di potermi controllare.*
4. *Non lo sopporto! Sono furioso! Vorrei veramente picchiare o uccidere quella persona o distruggere quella cosa.*

La scelta della risposta indica il livello di rabbia che il soggetto sperimenta quando immagina che le diverse situazioni descritte negli item avvengano nella realtà. Oltre al punteggio totale, il *ChIA* fornisce un *Indice di Risposta Incongruente (IRI)* e i punteggi di quattro sottoscale relative a quattro differenti aree che potrebbero evocare una risposta di rabbia nei bambini e negli adolescenti, quali, *Frustrazione (FRUST)*, *Aggressione fisica (AGGR)*, *Relazione con i Pari (PARI)* e *Rapporto con le Autorità (AUTOR)*, (Nelson & Finch, 2000).

La somministrazione del test dovrebbe avvenire in un luogo tranquillo, è necessario assicurarsi che l'esaminato sia a proprio agio, e si invita il partecipante a rispondere a qualsiasi domanda venga posta. Chi somministra il test può leggere a voce alta gli item ai bambini più piccoli o a quelli con difficoltà di lettura. Le domande sono molto semplici da leggere per i bambini e i ragazzi dagli 8 anni in su. Secondo Flesh (Flesh, 1979) il *ChIA* ha una semplicità di attribuzione del punteggio del 91% su una scala da 1 a 100, situando il test al livello *Molto facile*.

Lo scoring viene effettuato esclusivamente attraverso la piattaforma di testing online di Giunti Psychometric, Giunti Testing qualunque sia la modalità di somministrazione

scelta. Avviene automaticamente e, oltre a calcolare il punteggio, il programma produce anche un rapporto grafico.

Prima di procedere con l'interpretazione dei risultati è fondamentale prendere in considerazione la loro validità. L'*Indice di Risposta Incongruente (IRI)* è un punteggio che si basa su coppie di affermazioni del test alle quali viene generalmente attribuita una risposta simile. Quando l'*IRI* è maggiore o uguale a 5 esiste l'84% di possibilità che la risposta sia stata attribuita senza fare attenzione al contenuto dell'item.

I punteggi del *ChIA* vengono trasformati in punteggi T normalizzati i quali hanno una media di 50 e una deviazione standard di 10. Il termine “normalizzato” significa che il valore di ogni punteggio T in ciascuna scala corrisponde allo stesso percentile del valore del punteggio di ogni altra scala. Punteggi più alti riflettono livelli di rabbia più alti analogamente punteggi più bassi manifestano livelli di rabbia inferiori. Punteggi più alti di 60 T possono considerarsi come clinicamente significativi in quanto solo una percentuale uguale o minore al 16% dei minori della stessa fascia di età ottiene questi punteggi. Allo stesso modo, punteggi più bassi di 40 T vengono considerati come clinicamente significativi in quanto solo il 16% della popolazione di quella fascia di età riporta una intensità di rabbia così bassa. Quando tutti i punteggi del *ChIA* sono vicini o superiori a 70 T si dovrebbe prendere in considerazione una simulazione o una falsificazione del test. Quando invece tutti i punteggi T sono vicini o inferiori a 30 T si dovrebbe prendere in considerazione la possibilità che il partecipante abbia messo in atto una negazione deliberata o abbia voluto “fingersi buono” (Nelson & Finch, 2000).

Il punteggio totale *ChIA* fornisce una misura dell'intensità complessiva della rabbia riferita dal soggetto, questo punteggio rappresenta nel test la misura più valida e affidabile

per i soggetti di tutte le età. Gli item della scala *Frustrazione (FRUST)* riflettono la rabbia che i soggetti provano quando incontrano degli ostacoli, vengono interrotti nella loro attività o viene impedita loro la gratificazione di un desiderio. Il punteggio della scala *Aggressione fisica (AGGR)* si basa su affermazioni che presentano scenari nei quali altre persone sono minacciose o fisicamente aggressive nei riguardi del soggetto. La scala *Relazioni con i Pari (PARI)* misura la relazione del soggetto con i suoi pari. Infine, gli item contenuti nella scala *Rapporto con le Autorità (AUTOR)* misurano la rabbia che il bambino o l'adolescente provano come reazione a situazioni che coinvolgono persone che hanno un'autorità su di loro (Nelson & Finch, 2000).

Il *ChIA* è l'evoluzione dello strumento *Childrend's Inventory of Anger (CIA)* (Finch, Saylor e Nelson, 1987; Nelson e Finch, 1978). Il *CIA* venne sviluppato creando una serie di situazioni problematiche che si pensava potessero evocare risposte di rabbia nei bambini e negli adolescenti. Dato che gli item del test *ChIA* sono un sottoinsieme del *CIA*, gran parte della ricerca basata sull'utilizzo di quest'ultimo è applicabile anche al *ChIA*. Il test ha buone proprietà psicometriche, è attendibile ed è uno strumento ragionevolmente valido per misurare la rabbia nei bambini e negli adolescenti. Le stime dell'Alfa di Cronbach per i punteggi di tutte le scale del *ChIA* risultano significative e maggiori di .80. È stata calcolata anche l'attendibilità test-retest la quale fornisce un indice di stabilità temporale delle risposte del *ChIA*, valori superiori a .60 si considerano adeguati. L'attendibilità test-retest di questo strumento risulta significativa con valori maggiori di .60 per tutte le scale, a differenza della scala *Relazioni con i Pari (PARI)* che risulta essere uguale a .48 nel gruppo di età compresa tra i sei e i sette anni. Lo strumento ha inoltre una buona validità in termini di validità di contenuto, di costruito e concorrente e di validità discriminante (Nelson & Finch, 2000). Ardizzone & Ferrara (2013) si sono occupati

dell'adattamento italiano del test. La standardizzazione italiana risulta avere buone proprietà psicometriche, difatti i coefficienti Alfa di Cronbach per l'intero test sono tutti uguali o superiori a .90 tali da indicare un alto grado di coerenza interna. I coefficienti per le sottoscale risultano avere un valore più basso con un valore alfa compreso tra .70 e .79, comunque indicativo di una buona coerenza interna. Per l'analisi della validità interna è stata condotta un'Analisi Fattoriale Confermativa (AFC) la quale ha confermato i risultati riscontrati dagli autori dello strumento, indicando quindi come la struttura fattoriale presa in esame abbia un buon adattamento nel contesto socioculturale italiano (Ardizzone & Ferrara, 2013).

3.3.4 PedsQoL 3.0 Multidimensional Fatigue Scale.

Le batterie di questionari conosciuti come *Pediatric Quality of Life InventoryTM* (*PedsQLTM*; Varni, 2002) utilizzano un approccio modulare per misurare la qualità della vita relazionata alla salute (HRQOL) nei bambini e negli adolescenti. È uno strumento di breve durata, pratico e caratterizzato da scale generali che possono essere utilizzate sia con la popolazione sana che con la popolazione pediatrica in condizioni di salute croniche ed acute. Le misurazioni del *PedsQL* sono sensibili allo sviluppo cognitivo e includono una versione self-report per il bambino e una versione proxy-report per i genitori. Il modello di misurazione dello strumento è suddiviso in moduli appropriati allo sviluppo, è diviso in fasce d'età, quali: 2-4 anni, 5-7 anni, 8-12 anni e 13-18 anni. La versione self-report per bambini e adolescenti è disponibile per la fascia d'età tra i 5 e i 18 anni, mentre la versione proxy-report per i genitori è disponibile per bambini e adolescenti dai 2 ai 18 anni (Varni, 1998).

Il *PedsQL* adotta un approccio modulare integrato alla misura di HRQOL il quale integra perfettamente le scale di base generiche e i moduli specifici delle malattie in un unico sistema di misura. Le scale generiche *PedsQL* sono progettate per consentire confronti tra pazienti e popolazioni sane. I moduli complementari *PedsQL* sulle condizioni di salute cronica sono progettati per fornire una maggiore sensibilità di misura per le popolazioni cliniche circoscritte. Pertanto il modello di misurazione del test combina l'utilità clinica della sensibilità di una misura specifica di malattia e l'applicabilità di scale di base generiche tra popolazioni cliniche e popolazioni sane, ai fini di analisi comparativa e di confronto della salute della comunità (Varni, 1998).

Lo strumento è suddiviso in diverse sezioni ognuna delle quali è specifica per una determinata funzione fisica, cognitiva o relativa ad una determinata malattia. Nel seguente studio è stata utilizzata la *PedsQLTM 3.0 Multidimensional Fatigue Scale*, un questionario di 18 item che comprende tre dimensioni. Il questionario ha lo scopo di indagare l'affaticamento totale ossia l'affaticamento generale, l'affaticamento legato al sonno e l'affaticamento cognitivo di individui a partire dai 2 anni di età. Esso ha l'obiettivo di identificare quanto l'affaticamento incida sulla HRQOL degli individui. È caratterizzato dalla versione self-report disponibile a partire dai 5 anni di età e la versione proxy-report per i genitori disponibile a partire dai 2 anni di età del bambino. È uno strumento semplice e di veloce somministrazione. Può essere somministrato individualmente o in gruppo attraverso la modalità carta e matita o sotto forma di intervista semi strutturata. Le risposte agli item sono su scala Likert a cinque livelli (dove 0 corrisponde a *Mai* e 4 corrisponde a *Quasi sempre*) che indicano la frequenza con cui un soggetto percepisce o si identifica con le sensazioni e le situazioni descritte dagli item. Per i soggetti più piccoli le risposte agli item sono su scala Likert a tre livelli (dove 0

corrisponde a *Mai*, 2 corrisponde a *Qualche volta* e 4 corrisponde a *Quasi sempre*), ogni risposta è inoltre associata ad un pittogramma che ha lo scopo di aiutare il bambino ad avere maggiore consapevolezza della propria esperienza.

La somministrazione dovrebbe avvenire in un luogo tranquillo e il più possibile privo di distrazioni. Il partecipante deve essere messo a proprio agio e dopo la lettura delle istruzioni lo si dovrebbe invitare a rispondere il più sinceramente possibile alle domande poste dal questionario, lo si invita inoltre a rispondere a tutti gli item.

La procedura di scoring avviene manualmente, come indicato nel manuale, il primo step da seguire consiste nella trasformazione dei punteggi. Gli item vengono classificati con un punteggio inverso e vengono linearmente trasformati all'interno di una scala di valori da 0 a 100. I valori delle risposte agli item verranno trasformati nel seguente modo: 0=100; 1=75; 2=50; 3=25; 4=0. Il punteggio di ogni dimensione (affaticamento generale, affaticamento legato al sonno e affaticamento cognitivo) si ottiene calcolando il valore medio dei punteggi trasformati ai 6 item da cui è composta. Il calcolo del punteggio totale invece si ottiene eseguendo la media dei punteggi trasformati a tutti i 18 item del questionario. Il manuale di scoring suggerisce che valori più alti sono correlati con una miglior qualità della vita legata alla salute e meno problemi o sintomi, al contrario, punteggi più bassi sono correlati con un maggiore affaticamento ed una peggiore qualità della vita (Varni, 2023).

Lo strumento ha buone proprietà psicometriche. È stato dimostrato che l'affidabilità della coerenza interna della *PedsQL* è eccellente, con stime di Alpa di Cronbach per le scale base generiche sia in self che proxy-report superiori allo standard .70. Il modello di misura *PedsQL* rappresenta un progresso significativo nella misurazione pediatrica

dell'HRQOL, combinando l'affidabilità, la validità, la reattività e la praticità che non si trovano in un unico strumento pediatrico HRQOL (Varni, 1998).

3.4 Risultati.

3.4.1 Sintomatologia di ansia, rabbia e qualità di vita dei bambini e ragazzi rispetto alle norme.

Di seguito verranno descritti i risultati dei test di screening per la sintomatologia di ansia, rabbia e qualità della vita dei soggetti del primo campione rispetto al primo obiettivo del presente studio.

Sulla base dei cut-off clinici specificati nel manuale di Reynolds, & Richmond (2008), i punti T nelle varie scale del test *RCMAS-2* dei soggetti del primo campione sono stati ricondizionati e suddivisi in tre categorie che attribuiscono un'interpretazione qualitativa del punteggio rispetto a come si colloca nella distribuzione dei punteggi nella popolazione specifica per fascia d'età. Le categorie di suddivisione del punteggio sono descritte nella

Tabella 2.

Tabella 2. *Descrizione dell'interpretazione qualitativa dei punteggi T del test RCMAS-2 (citazione).*

Intervallo di punteggio	Descrittore
39 in giù	Punteggio sotto la media.
40 - 59	Punteggio in media.
60 in su	Punteggio sopra la media.

I punteggi al test *RCMAS-2* sono stati suddivisi nelle scale descritte ed individuate nel manuale di Reynolds, & Richmond (2008). Dai risultati si evince che circa il 70% del campione ha ottenuto un punteggio d'ansia totale nella media mentre circa il 20% ha ottenuto un punteggio d'ansia sopra la media. La distribuzione dei punteggi nel campione preso in considerazione conferma i dati presenti in letteratura rispetto alla presenza di una

sintomatologia ansiosa clinicamente significativa nella popolazione infantile pari circa al 20% del totale. Nello specifico, nel punteggio riferito all'*Atteggiamento difensivo (DIF)*, 38 soggetti hanno ottenuto un punteggio sotto la media (29% del totale), 75 soggetti hanno ottenuto un punteggio nella media (57.3% del totale) e 18 soggetti hanno ottenuto un punteggio sopra la media (13.7% del totale). Nei punteggi dell'*Ansia totale (TOT)* 12 soggetti hanno ottenuto un punteggio sotto la media (9.2% del totale), 88 soggetti hanno ottenuto un punteggio nella media (67.2% del totale) e 31 soggetti hanno ottenuto un punteggio sopra la media (23.7% del totale). In merito ai punteggi della sottoscala *Ansia fisiologica (FIS)* 16 soggetti hanno ottenuto un punteggio sotto la media (12.2% del totale), 82 soggetti hanno ottenuto un punteggio nella norma (62.6% del totale) e 33 soggetti hanno ottenuto un punteggio sopra la media (25.2% del totale). Nella sottoscala *Preoccupazioni (PRE)* 13 soggetti hanno ottenuto un punteggio sotto la media (9.9% del totale), 85 soggetti hanno ottenuto un punteggio nella media (64.9% del totale) e 33 soggetti hanno ottenuto un punteggio sopra la media (25.2% del totale). Infine, nella sottoscala *Ansia sociale (SOC)* 12 soggetti hanno ottenuto un punteggio sotto la media (9.2% del totale), 95 soggetti hanno ottenuto un punteggio nella norma (72.5% del totale) e 24 soggetti hanno ottenuto un punteggio sopra la media (18.3% del totale). La distribuzione dei punteggi dei soggetti al test *RCMAS-2* è riassunta nel **Grafico 3.2**.

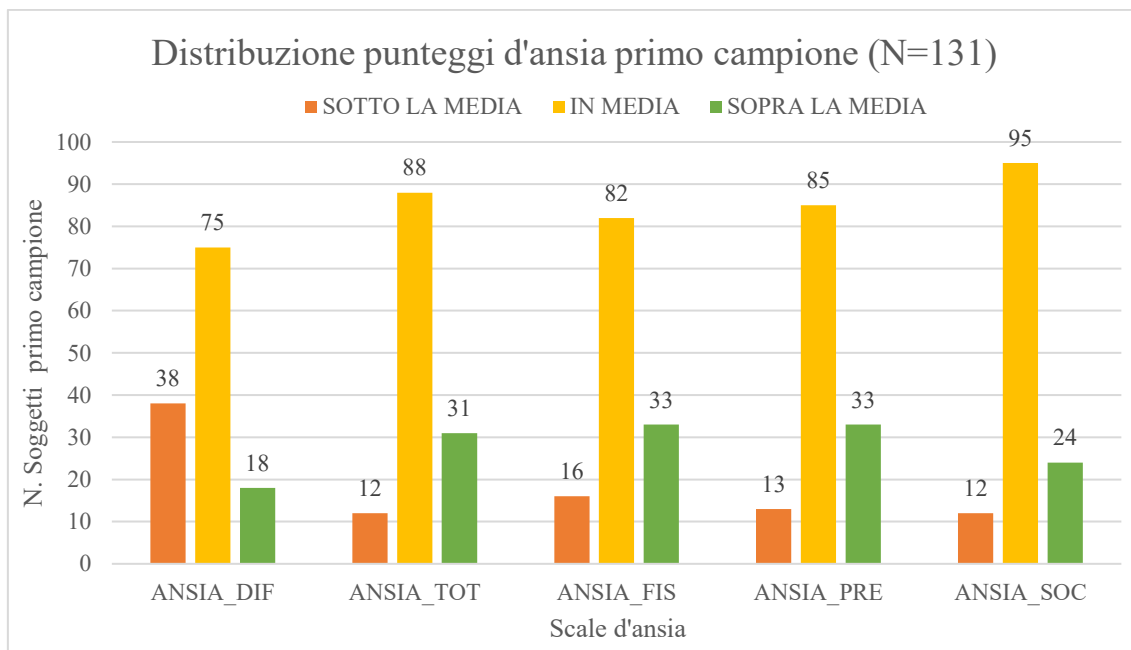


Grafico 3.2. Distribuzione dei punteggi nelle scale dell'ansia del test *RCMAS-2* dei soggetti del primo campione (N=131).

Lo scoring del test *ChIA* attribuisce una classificazione qualitativa ai punteggi T ottenuti dal soggetto nelle sottoscale della rabbia, sulla base della collocazione del punteggio del soggetto rispetto alla media specifica per fascia d'età. La **Tabella 3** descrive la suddivisione dei punteggi T al test e la rispettiva interpretazione qualitativa.

Tabella 3. Descrizione dell'interpretazione qualitativa dei punteggi T del test *ChIA*.

Intervallo di punteggio	Descrittore
<30 in giù	Rabbia molto al di sotto della media/clinicamente molto significativa.
30 – 39	Rabbia al di sotto della media/clinicamente significativa.
40 – 59	Rabbia nella media.
60 – 69	Rabbia oltre la media/clinicamente significativa.
>70 in su	Rabbia intensa/molto oltre la media/clinicamente molto significativa.

In riferimento al primo obiettivo della presente ricerca circa l'80% del campione ha ottenuto un punteggio al test che si colloca nella media. Solo il 10% ha ottenuto un punteggio superiore alla media clinicamente significativo, questo suggerisce come la distribuzione dei livelli di rabbia nel presente campione siano mediamente in norma e non clinicamente significativi. Nello specifico, in merito al punteggio di *Rabbia totale (TOT)* un solo soggetto si colloca molto al di sotto della media (0.8% del totale), 12 soggetti si collocano al di sotto della media (9.2% del totale), 104 soggetti hanno un punteggio nella media (79.4% del totale) e 14 soggetti hanno un punteggio al di sopra della media (10.7% del totale). Nella sottoscala *Frustrazione (FRUSTR)* un solo soggetto ha ottenuto un punteggio che si colloca molto al di sotto della media (0.8% del totale), 7 soggetti hanno ottenuto un punteggio al di sotto della media (5.3% del totale), 108 soggetti hanno ottenuto un punteggio nella media (82.4% del totale) e 15 soggetti hanno ottenuto un punteggio al di sopra della media (11.5% del totale). Nei punteggi della sottoscala *Aggressione fisica (AGGR)* 5 soggetti si collocano molto al di sotto della media (3.8% del totale), 17 soggetti si collocano al di sotto della media (13% del totale), 105 soggetti ottengono un punteggio nella media (80.2% del totale) e 4 soggetti ottengono un punteggio al di sopra della media (3.1% del totale). Nella sottoscala *Rapporto con i Pari (PARI)* 8 soggetti hanno ottenuto un punteggio al di sotto della media (6.1% del totale), 113 soggetti hanno ottenuto un punteggio nella media (86.3% del totale), 9 soggetti hanno ottenuto un punteggio al di sopra della media (6.9% del totale) e un soggetto ha ottenuto un punteggio molto al di sopra della media (0.8% del totale). Nei punteggi della sottoscala *Relazione con l'Autorità (AUTOR)* un solo soggetto si colloca molto al di sotto della media (0.8% del totale), 10 soggetti si collocano al di sotto della media (7.6% del totale), 100 soggetti si collocano nella media (76.3% del totale), 17 soggetti ottengono un

punteggio al di sopra della media (13% del totale) e 3 soggetti ottengono un punteggio molto al di sopra della media (2.3% del totale). La distribuzione dei punteggi dei soggetti al test *ChIA* è riassunta nel **Grafico 3.3**.

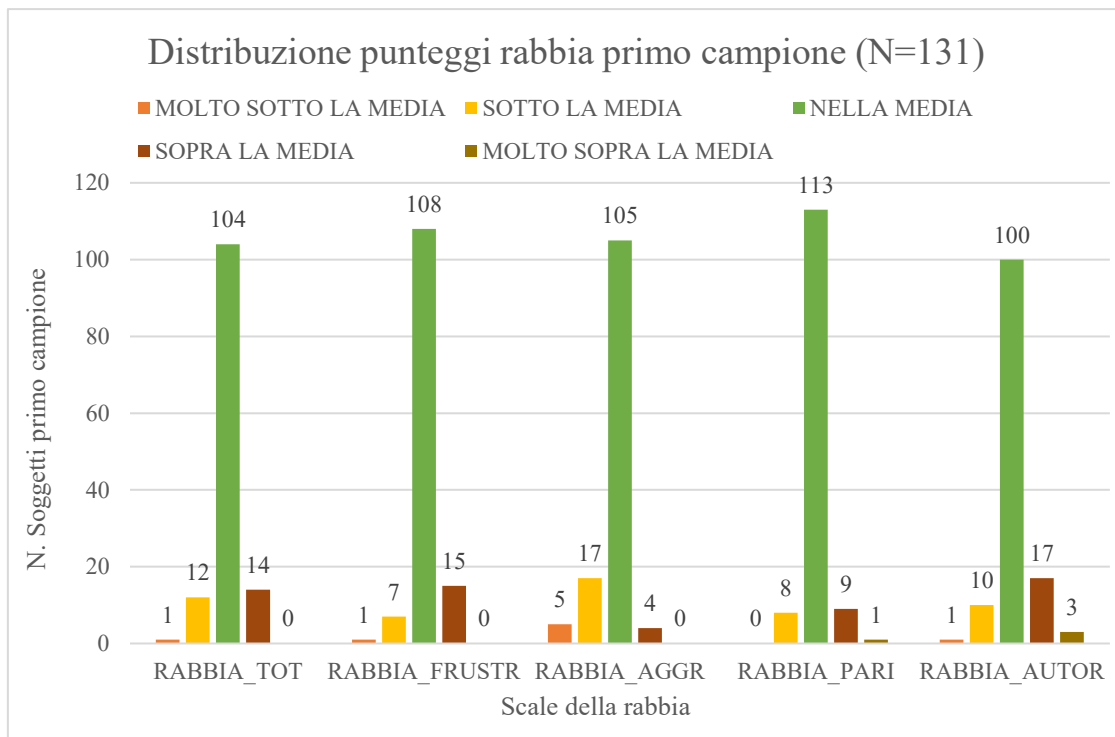


Grafico 3.3. Distribuzione dei punteggi nelle scale dell'ansia del test *RCMAS-2* dei soggetti del primo campione (N=131).

I punteggi del test *PedsQL™ 3.0 Multidimensional Fatigue Scale* convertiti secondo le istruzioni del manuale, sono stati ricodificati e suddivisi in quattro categorie che descrivono qualitativamente il punteggio in riferimento alla qualità della vita dei soggetti. La **Tabella 4** descrive la suddivisione dei punteggi al test e la rispettiva interpretazione qualitativa.

Tabella 4. Descrizione dell'interpretazione qualitativa dei punteggi del test *PEDSQoL*.

Intervallo di punteggio	Descrittore
≤ 25	Qualità della vita molto bassa.

26 – 50	Qualità della vita bassa.
51 – 75	Qualità della vita moderata.
≥76	Qualità della vita buona.

La **Tabella 5** mostra le frequenze e le percentuali dei livelli della qualità della vita riportata nella versione self-report dei soggetti del primo campione.

Tabella 5. *Distribuzione punteggi Qualità della Vita dei soggetti del primo campione (N=131).*

	QdV generale		QdV sonno		QdV cognitiva		QdV totale	
	<i>Freq.</i>	<i>Perc.</i>	<i>Freq.</i>	<i>Perc.</i>	<i>Freq.</i>	<i>Perc.</i>	<i>Freq.</i>	<i>Perc.</i>
QdV molto bassa	1	0.8%	6	4.6%	6	4.6%	0	0%
QdV bassa	21	16%	19	14.5%	21	16%	14	10.7%
QdV moderata	72	55%	75	57.3%	65	49.6%	88	67.2%
QdV buona	37	28.2%	31	23.7%	39	29.8%	29	22.1%
Totale	131	100%	131	100%	131	100%	131	100%

La **Tabella 6** mostra le frequenze e le percentuali dei livelli della qualità della vita riportata nella versione self-report dei soggetti del secondo campione.

Tabella 6. Distribuzione punteggi *Qualità della Vita* dei soggetti del secondo campione (N=131).

	QdV generale		QdV sonno		QdV cognitiva		QdV totale	
	<i>Freq.</i>	<i>Perc.</i>	<i>Freq.</i>	<i>Perc.</i>	<i>Freq.</i>	<i>Perc.</i>	<i>Freq.</i>	<i>Perc.</i>
QdV molto bassa	8	6.1%	0	0%	4	3.1%	1	0.8%
QdV bassa	36	27.5%	16	12.2%	30	22.9%	25	19.1%
QdV moderata	66	50.4%	67	51.1%	50	38.2%	76	58%
QdV buona	21	16%	48	36.6%	47	35.9%	29	22.1%
Totale	131	100%	131	100%	131	100%	131	100%

3.4.2 Confronto punteggi qualità di vita tra genitori e figli.

È stato eseguito un test T per campioni accoppiati per confrontare i punteggi medi delle varie aree della qualità della vita riportata dai bambini e dagli adolescenti e gli stessi riportati dai genitori. Le differenze risultano significative ($p < .005$) per l'area del sonno, l'area cognitiva e la qualità della vita totale. Di conseguenza il secondo obiettivo del presente studio il quale si proponeva di esaminare la presenza di una diversità nella percezione della qualità della vita riportata dal bambino e quella percepita dal genitore, viene confermato. È stata quindi confermata la presenza di una differenza significativa tra le medie dei punteggi alla versione self-report e proxy-report del questionario. I risultati dell'analisi sono riportati nella **Tabella 7**.

Tabella 7. Risultati test *T* per campioni accoppiati, confronto medie versione self e proxy-report.

		Media	Correlazione	<i>P</i> bilaterale	<i>t</i>	<i>P</i> bilaterale
Coppia 1	PEDS generale self-report	68.01	.464	.000*	.702	.484
	PEDS generale proxy-report	66.94				
Coppia 2	PEDS sonno self-report	65.69	.319	.000*	-4.612	.0001*
	PEDS sonno proxy-report	73.30				
Coppia 3	PEDS cognitivo self-report	65.63	.209	.016	-2.913	.004*
	PEDS cognitivo proxy-report	71.46				
Coppia 4	PEDS totale self-report	66.32	.339	.000*	-3.089	.002*
	PEDS totale proxy-report	70.53				

* $p < .005$

3.4.3 Quali sono i fattori che influenzano i sintomi di ansia nei bambini e negli adolescenti?

Sono state innanzitutto svolte una serie di correlazioni bivariate di Pearson tra le variabili sociodemografiche dei ragazzi, la qualità di vita dei genitori, i punteggi della rabbia e i sintomi di ansia. Partendo da tali correlazioni sono stati proposti dei modelli di regressione lineare gerarchica attraverso il metodo *Stepwise*.

Di seguito, nella **Tabella 8** vengono riportate le correlazioni risultate significative rispetto alle variabili prese in considerazione.

Tabella 8. Correlazioni significative tra le variabili sociodemografiche dei ragazzi, la qualità di vita dei genitori, i punteggi della rabbia e i sintomi di ansia.

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Età	--				
2. Sesso		--	$r=0.23^*$		
3. Ansia totale			--		
4. Rabbia totale			$r=0.27^*$	--	
5. Qualità della vita genitori			$r=-0.19^*$		--

* $p<.005$

La prima regressione lineare pone come variabile dipendente i punteggi di *Ansia totale* al test *RCMAS-2*, mentre come variabili indipendenti il sesso, i punteggi della qualità della vita della versione self-report dei genitori e i punteggi di *Rabbia totale* al test *ChIA*. Il terzo modello risulta essere significativo ($p<.005$) e spiega la maggior parte della varianza (15%), le variabili sopra citate risultano essere predittori significativi della variabile dipendente. I risultati dell'analisi sono sintetizzati nella **Tabella 9**.

Tabella 9. Primo modello di regressione lineare.

	Riepilogo modello		Anova ^a		Coefficienti ^a		
	<i>R-quadrato</i>	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>p.</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Modello	.152	3	7.610	.0001 ^b			
Sesso					.221	2.685	.008
PEDS TOT self-report genitori					-.197	-2.401	.018
Rabbia totale					.240	2.927	.004*

^a Variabile dipendente: Ansia totale.

^b Predittori: Sesso, PEDS TOT self-report genitori, Rabbia totale.

* $p < .005$

3.4.4 Quali sono i fattori che influenzano la qualità di vita percepita nei bambini e negli adolescenti?

Sono state successivamente svolte una serie di correlazioni bivariate di Pearson tra le variabili sociodemografiche dei ragazzi, i loro punteggi della qualità della vita e i sintomi di *Ansia sociale* e *Ansia fisiologica* dei soggetti del primo campione. Partendo da tali correlazioni sono stati proposti dei modelli di regressione lineare gerarchica attraverso il metodo *Stepwise*.

Di seguito, nella **Tabella 10** vengono riportate le correlazioni risultate significative rispetto alle variabili prese in considerazione.

Tabella 9. Correlazioni significative tra le variabili sociodemografiche dei ragazzi, i loro punteggi della qualità della vita e i sintomi di ansia fisiologica e sociale.

	1.	2.	3.	4.	5.
1. Età	--				
2. Sesso		--			
3. Ansia sociale		$r=0.22^*$	--		$r=-0.50^*$
4. Ansia fisiologica				--	$r=-0.50^*$
5. Qualità della vita ragazzi					--

* $p < .005$

La seconda regressione lineare gerarchica proposta pone come variabile dipendente i punteggi della qualità della vita totale della versione self-report riportata dai bambini/ragazzi e come variabili indipendenti i punteggi di *Ansia fisiologica* e di *Ansia sociale*, sottoscale dell'ansia del test *RCMAS-2*. Il secondo modello risulta essere significativo ($p < .005$) e spiega la maggior parte della varianza (33%), le variabili sopra citate risultano essere predittori significativi della variabile dipendente. I risultati dell'analisi sono sintetizzati nella **Tabella 11**.

Tabella 11. Secondo modello di regressione lineare.

	Riepilogo modello		Anova ^a		Coefficienti ^a		
	<i>R-quadrato</i>	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Modello	.331	2	31.662	.0001 ^b			
Ansia fisiologica					-.342	-4.118	.000*
Ansia sociale					-.324	-3.896	.000*

^a Variabile dipendente: PEDS TOT self-report bambini.

^b Predittori: Ansia fisiologica, Ansia sociale.

* $p < .005$

CAPITOLO 4

Discussione

Il primo obiettivo del presente studio era quello di eseguire uno screening dei disturbi legati all'ansia, alla rabbia e al livello della qualità di vita dei bambini e degli adolescenti italiani. Inizialmente si è voluto valutare la situazione dell'ansia nei bambini e negli adolescenti tramite l'RCMAS-2, strumento di screening che identifica sintomi ansiosi e i livelli d'ansia generali e specifici di determinate aree rispetto al campione normativo.

I risultati suggeriscono che più della metà dei soggetti si colloca all'interno dei punteggi medi specifici per fascia d'età. Per la scala dell'*Ansia totale* e per le sottoscale *Ansia fisiologica* e *Preoccupazione* più del 20% del campione ha raggiunto punteggi sopra la media clinicamente significativi per la fascia di età di appartenenza. Per la sottoscala *Ansia sociale* solo il 18.3% del campione ottiene un punteggio superiore alla media per fascia d'età clinicamente significativo. Questi risultati suggeriscono che l'ansia sia un disturbo frequente nella popolazione infantile e confermano i risultati della metanalisi di Racine e colleghi (2021) all'interno della quale si affermava come un bambino su cinque sperimentasse sintomi clinici ansiosi. Confrontando i dati precedenti alla pandemia, i risultati dello studio di Racine, suggeriscono che nei giovani le difficoltà relative alla salute mentale sono duplicate (Racine, et al., 2021).

Successivamente si è voluto indagare la situazione clinica rispetto alla rabbia nei bambini e negli adolescenti tramite il test *ChIA*, strumento di screening per la valutazione dei livelli di rabbia generale e specifica di determinate aree. Dai risultati emerge che più del 75% del campione ha ottenuto punteggi nella scala di *Rabbia totale* e nelle varie

sottoscale che si collocano nella norma rispetto alla fascia d'età di appartenenza. Solo il 15% del campione ottiene livelli di rabbia elevati che risultano clinicamente significativi per la sottoscala *Rabbia verso l'Autorità*. Questi risultati possono essere spiegati dal fatto che il campione è maggiormente costituito da adolescenti e in questa fascia d'età è tipico provare rabbia e frustrazione nei confronti di figure adulte che esercitano autorità su di essi. Un'ulteriore spiegazione potrebbe essere supportata dall'eccessiva frustrazione provocata dalle restrizioni che i bambini e gli adolescenti sono stati costretti a mettere in atto durante la pandemia da Covid-19, che si manifesta attraverso ostilità nei confronti delle figure autoritarie (Reid, et al., 2022). Un'altra informazione emersa dai risultati al test è che una percentuale molto bassa di soggetti, circa il 3% del campione, ha ottenuto livelli elevati clinicamente significativi per la sottoscala *Aggressività fisica*, e circa il 17% del campione ha ottenuto livelli estremamente bassi di rabbia che risultano altrettanto clinicamente significativi. Quest'ultimo dato entra in contraddizione con i risultati dello studio di Reid e colleghi (2022) che hanno analizzato il distress psicologico e la messa in atto di comportamenti antisociali prima e dopo lo scoppio della pandemia da Covid-19 nei giovani della popolazione americana, trovando un aumento della frustrazione nei soggetti e di conseguenza un aumento dei comportamenti aggressivi. In questo campione i livelli di *Aggressività fisica* sono sotto la soglia normale per fascia d'età, probabilmente la rabbia viene interiorizzata e canalizzata verso il sé e non verso l'altro.

Infine, è stata valutata la qualità di vita percepita dai ragazzi e anche dai loro genitori con l'obiettivo di misurare i livelli di affaticamento totale e specifico di determinate aree e verificare come questi intacchino la qualità di vita dei soggetti. Dai risultati è emerso che i ragazzi hanno livelli di qualità di vita abbastanza elevati, circa l'80% del campione ha ottenuto valori medio-alti in tutte le aree. I soggetti risultano maggiormente colpiti

dall'affaticamento legato al sonno e quello cognitivo in quanto circa il 20% del campione ha livelli più bassi di qualità di vita in entrambe le aree. Per quanto riguarda i risultati del gruppo dei genitori, mediamente il 70% del campione ha ottenuto livelli medio-alti di qualità di vita in tutte le aree. L'affaticamento generale e quello cognitivo hanno compromesso maggiormente i livelli di qualità di vita del campione in quanto rispettivamente il 35% e il 25% dei soggetti hanno ottenuto in queste aree bassi livelli di qualità di vita. Questi dati confermano i risultati dello studio di Ferreira e colleghi (2021) il quale ha individuato un abbassamento della qualità della vita relazionata alla salute e un aumento dei livelli d'ansia nella popolazione portoghese successivamente alla pandemia da Covid-19. In aggiunta i risultati del seguente studio supportano i risultati dello studio di Marchetti e colleghi (2020) che hanno documentato un aumento significativo dei livelli di distress psicologico ed esaurimento genitoriale nelle famiglie italiane durante le prime settimane di quarantena.

Il secondo obiettivo dello studio è stato quello di indagare la presenza di una diversità nella percezione della qualità della vita tra il bambino o l'adolescente e il genitore all'interno della versione self-report e quella proxy-report nella valutazione della fatigue. Dai risultati emerge come ci sia una differenza tra figli e genitori di percezione della qualità di vita in tutte le aree, in particolare per la valutazione della qualità della vita totale. I dati suggeriscono che genitori tendono a sopravvalutare il benessere dei propri figli. Questi risultati confermano i dati presenti in letteratura in merito alla presenza di differenze significative tra la versione self-report e quella proxy-report nella valutazione dei propri stati interni e del proprio stato di salute (Eiser & Varni, 2013).

Il terzo obiettivo del seguente studio è comprendere se ci siano dei fattori che possono influenzare i sintomi di ansia nei ragazzi. Il genere femminile, la qualità di vita percepita

dai genitori e i livelli di rabbia totale dei ragazzi impattano in modo significativo con i sintomi d'ansia negli stessi. Questi risultati sono in accordo con i dati presenti nella letteratura di riferimento. Il sesso femminile, come predittore dei livelli d'ansia del soggetto conferma i dati presenti in letteratura, in cui si afferma che nelle malattie mentali in infanzia e in adolescenza il sesso femminile è stato associato con maggiori sintomi ansiosi e depressivi (Racine, et al., 2021). I risultati emersi nel presente studio in merito al fatto che la qualità di vita del genitore predice i livelli di salute mentale dei figli, nello specifico dei suoi sintomi e delle manifestazioni ansiose, conferma le ipotesi e i dati presenti in letteratura. Nei capitoli precedenti è stato ampiamente trattato il tema di come la quarantena abbia aggravato il peso sulle spalle dei genitori, e come questa situazione abbia significativamente aumentato il rischio di sperimentare stress ed emozioni negative da parte dei genitori, con un potenziale effetto a cascata sul benessere dei figli. La gestione a livello individuale e diadico dello stress da parte dei genitori impatta significativamente sui problemi emotivi e comportamentali dei figli (Spinelli, Lionetti, Pastore, Fasolo, 2020). Ancora, il supporto emotivo fornito dai genitori costituisce un fattore protettivo fondamentale contro il manifestarsi di sintomi psicopatologici nei figli (Cerniglia, Cimino, Ammaniti, 2020). L'ultimo fattore preso in esame spiega come i livelli di rabbia del bambino o dell'adolescente predicano i suoi livelli d'ansia. Questo dato supporta i dati presenti in letteratura in merito all'argomento. Studi condotti sulla popolazione adulta con disturbi d'ansia hanno evidenziato tassi e intensità della rabbia maggiori rispetto ai gruppi di controllo, la rabbia inoltre è singolarmente associata con la severità del disturbo d'ansia (Walsh, et al., 2018). Generalmente maggiori tassi di rabbia sono più frequenti in individui con depressione o disturbi d'ansia (De Bles, et al., 2019). Nello studio di De Bles e colleghi (2019) i risultati confermano che la rabbia è maggiore in pazienti con

disturbo depressivo maggiore, fobia sociale e disturbo d'ansia generalizzato (De Bles, et al., 2019).

Un altro risultato importante da discutere è quello relativo ai fattori predittivi legati alla qualità della vita totale dei ragazzi che risulta influenzata in modo determinante dai livelli di *Ansia fisiologica* e di *Ansia sociale* degli stessi. Questi risultati sono in linea con i dati presenti in letteratura in merito alla compromissione della qualità della vita negli individui con disturbi d'ansia. L'impatto è robusto in quanto risulta essere indipendente dalla severità dei sintomi, variabili demografiche, salute somatica e comorbidità diagnostica (Olatunji, Cisler & Tolin, 2007). L'abbassamento della qualità della vita nel dominio sociale dei pazienti con disturbi d'ansia potrebbe potenzialmente contribuire all'eziologia delle condizioni di comorbidità psichiatrica degli individui, aggravando la salute e le condizioni degli individui. In aggiunta, una bassa qualità della vita può rappresentare un fattore di rischio per la ricaduta successiva ad un trattamento concluso con successo nella gestione del disturbo d'ansia (Olatunji, Cisler & Tolin, 2007).

4.1 Implicazioni cliniche.

Diverse sono le implicazioni cliniche che derivano dai risultati ottenuti nel presente studio. Una percentuale considerevole dei ragazzi riporta livelli d'ansia elevati clinicamente significativi per la fascia d'età di appartenenza, suggerendo come i sintomi e i disturbi d'ansia siano una manifestazione clinica importante e particolarmente frequente nella fascia infantile ed adolescenziale. I livelli di rabbia degli stessi sono nella norma, tuttavia, i dati in merito ai livelli di aggressività fisica dei soggetti risultano essere sottosoglia per una buona percentuale del campione. Probabilmente l'aggressività dei

soggetti di questo campione non viene canalizzata verso l'esterno, ma indirizzata verso il sé, e questo determina un'internalizzazione dei sintomi di rabbia che potrebbero contribuire al peggioramento dei sintomi internalizzanti ansiosi del soggetto e, quindi, peggiorare il suo benessere psicologico.

Rispetto al secondo obiettivo di ricerca si può affermare come vi sia un divario tra le risposte della versione self-report dei bambini o degli adolescenti e quella proxy-report dei rispettivi genitori nella valutazione del proprio stato di benessere. La versione proxy-report è sicuramente un'ulteriore fonte di informazioni sulla situazione e sul benessere del bambino, ma non può essere considerata come pienamente veritiera o come unica fonte di dati a cui fare riferimento. I genitori tendono a sovrastimare il benessere e la qualità di vita dei propri figli, probabilmente a causa della soggettività dell'esperienza e del fatto che è difficile osservare e percepire il disagio che determinati sintomi internalizzanti possono provocare alla persona che li prova. Di conseguenza, è fondamentale che per una raccolta di informazioni il più affidabile e veritiera possibile rispetto all'esperienza soggettiva di un individuo, si raccolgano sempre informazioni provenienti dal diretto interessato, anche se questo è un bambino o un adolescente.

Per quanto riguarda i risultati in relazione all'ultimo obiettivo del presente studio diverse sono le implicazioni cliniche che ne conseguono. Innanzitutto, è emerso come la qualità della vita dell'individuo sia fortemente influenzata dall'ansia sociale e dalle preoccupazioni del soggetto, in aggiunta si è visto come l'ansia totale dell'individuo sia influenzata e predetta dalla qualità di vita del genitore, quindi dal benessere del genitore e dal livello di rabbia del soggetto stesso. A partire da queste considerazioni bisogna tener presente che in situazioni di prevenzione e promozione della salute e del benessere è fondamentale attuare anche dei programmi di gestione e di controllo della rabbia ai fini

di garantire un miglior benessere e una prevenzione dell'evoluzione dei sintomi ansiosi. Per assicurare e promuovere la salute mentale ai bambini e agli adolescenti è utile eseguire interventi di gestione e controllo della rabbia al fine di limitare il più possibile l'emergere di sintomi ansiosi e peggiorare di conseguenza la qualità della vita del soggetto.

4.2 Punti di forza, limiti e sviluppi futuri.

Uno dei punti di forza del seguente studio riguarda il fatto che la numerosità dei campioni è abbastanza elevata e i soggetti provengono da diverse regioni italiane, i campioni sono omogenei e quello dei bambini è caratterizzato da una fascia di età discretamente ampia. Sono stati utilizzati diversi test standardizzati, con buone proprietà psicometriche che analizzano costrutti tra loro correlati, in questo modo è stato possibile comprendere più approfonditamente la relazione tra le varie variabili e i costrutti. Un ulteriore punto di forza consiste nel fatto che sono state raccolte informazioni anche dai genitori, è stato così possibile comprendere la relazione tra il loro benessere e come questo influenzi quello dei figli.

Possibili limiti del seguente studio riguardano il fatto che mancano dati relativi alla salute mentale dei soggetti precedenti allo scoppio della pandemia da Covid-19. Non è stato possibile eseguire un confronto e comprendere come questa abbia influenzato la salute mentale dei soggetti dei campioni di riferimento. Inoltre, il campione dei genitori è disomogeneo e composto prevalentemente da madri. Un ultimo limite è caratterizzato dalla possibilità che le risposte agli item dei vari test e dei vari questionari somministrati ai soggetti, sia del primo che del secondo campione, siano state alterate a causa del

fenomeno della desiderabilità sociale o in merito a preoccupazioni rispetto alla possibilità di mostrare un'immagine negativa o troppo problematica di sé.

Possibili sviluppi futuri del seguente studio possono includere dati rispetto a una specifica popolazione clinica per comprendere in che modo la pandemia da Covid-19 abbia influenzato il benessere e la salute mentale di diversi gruppi di soggetti. Un'altra possibile direzione futura è un'analisi più approfondita della relazione tra le variabili e una raccolta di maggiori informazioni rispetto allo stato di salute dei genitori per comprendere come le diverse problematiche psicologiche di questi influenzino quelle dei figli.

4.3 Conclusioni.

Per concludere il seguente elaborato si può affermare come sia fondamentale porre attenzione alla salute mentale della popolazione infantile e dei loro genitori. Il benessere genitoriale influenza attivamente il benessere dei figli, di conseguenza, al momento dell'attuazione di programmi preventivi e di promozione del benessere infantile è fondamentale tenere in considerazione anche la presenza e il ruolo dei genitori al fine di fornire loro il supporto più adeguato possibile. È inoltre importante considerare che da questo studio è emerso come il costrutto della rabbia sia fortemente correlato all'ansia e quest'ultima lo sia alla qualità della vita. È opportuno, al momento dell'organizzazione di programmi di prevenzione e promozione del benessere, riflettere come questi costrutti siano correlati tra loro e di come sia importante organizzare un intervento completo orientato anche alla gestione dei sintomi esternalizzanti come la rabbia per prevenire l'emergere di sintomi internalizzanti di natura ansiosa.

BIBLIOGRAFIA

- Aaronson, L. S., Teel, C. S., Cassmeyer, V., Neuberger, G. B., Pallikkathayil, L., Pierce, J., ... & Wingate, A. (1999). Defining and measuring fatigue. *Image: the journal of nursing scholarship*, 31(1), 45-50.
- Balenzano, C., Moro, G., & Girardi, S. (2020). Families in the pandemic between challenges and opportunities: An empirical study of parents with preschool and school-age children. *Italian Sociological Review*, 10(3S), 777A-800.
- Bonichini, S., & Tremolada, M. (2019). La psicologia pediatrica. In Bonichini, S., & Tremolada, M. *Psicologia pediatrica*. (pp. 36-39). Roma. Carocci.
- Bozzola, E., Ferrara, P., Spina, G., Villani, A., Roversi, M., Raponi, M., ... & Staiano, A. (2022). The pandemic within the pandemic: the surge of neuropsychological disorders in Italian children during the COVID-19 era. *Italian Journal of Pediatrics*, 48(1), 1-8.
- Brown, S. M., Doom, J. R., Lechuga-Peña, S., Watamura, S. E., & Koppels, T. (2020). Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child abuse & neglect*, 110, 104699.
- Cerniglia, L., Cimino, S., & Ammaniti, M. (2020). L'impatto del periodo di isolamento legato al Covid-19 nello sviluppo psicologico infantile. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 24(2), 187-190.
- Cox, D. E., & Harrison, D. W. (2008). Models of anger: contributions from psychophysiology, neuropsychology and the cognitive behavioral perspective. *Brain Structure and Function*, 212, 371-385.

- De Bles, N. J., Ottenheim, N. R., van Hemert, A. M., Pütz, L. E., van der Does, A. W., Penninx, B. W., & Giltay, E. J. (2019). Trait anger and anger attacks in relation to depressive and anxiety disorders. *Journal of affective disorders*, 259, 259-265.
- Di Giunta, L., Lunetti, C., Fiasconaro, I., Gliozzo, G., Salvo, G., Ottaviani, C., ... & D'Angeli, G. (2021). COVID-19 Impact on Parental Emotion Socialization and Youth Socioemotional Adjustment in Italy. *Journal of Research on Adolescence*, 31(3), 657-677.
- Eiser, C., & Varni, J. W. (2013). Health-related quality of life and symptom reporting: similarities and differences between children and their parents. *European journal of pediatrics*, 172, 1299-1304.
- Endler, N. S., & Kocovski, N. L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of anxiety disorders*, 15(3), 231-245.
- Ferreira, L. N., Pereira, L. N., da Fé Brás, M., & Ilchuk, K. (2021). Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Quality of Life Research*, 30, 1389-1405.
- Goldwurm, G. F., Baruffi, M., & Colombo, F. (2004). *Qualità della vita e benessere psicologico: aspetti comportamentali e cognitivi del vivere felici*. McGraw-Hill libri Italia.
- Haig-Ferguson, A., Cooper, K., Cartwright, E., Loades, M. E., & Daniels, J. (2021). Practitioner review: Health anxiety in children and young people in the context of the COVID-19 pandemic. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 49(2), 129-143.

- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? *Pharmacoeconomics*, *34*, 645-649.
- Ludwig-Walz, H., Dannheim, I., Pfadenhauer, L. M., Fegert, J. M., & Bujard, M. (2023). Anxiety among children and adolescents during the COVID-19 pandemic in Europe: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, *12*(1), 1-9.
- Marchetti, D., Fontanesi, L., Mazza, C., Di Giandomenico, S., Roma, P., & Verrocchio, M. C. (2020). Parenting-related exhaustion during the Italian COVID-19 lockdown. *Journal of pediatric psychology*, *45*(10), 1114-1123.
- Monk, C. S., Telzer, E. H., Mogg, K., Bradley, B. P., Mai, X., Louro, H. M., ... & Pine, D. S. (2008). Amygdala and ventrolateral prefrontal cortex activation to masked angry faces in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *Archives of general psychiatry*, *65*(5), 568-576.
- Nelson, W., M. & Finch, A., J. (2000); italian adaptation by Ardizzone, I. & Ferrara, M. (2013). *Children's Inventory of Anger (ChIA)*.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, *27*(5), 572-581.
- Otterpohl, N., Wild, E., Havighurst, S. S., Stiensmeier-Pelster, J., & Kehoe, C. E. (2021). The interplay of parental response to anger, adolescent anger regulation, and externalizing and internalizing problems: A longitudinal study. *Research on child and adolescent psychopathology*, 1-15.

- Punzo, O., Bella, A., Riccardo, F., Pezzotti, P., D'Ancona, F., P. (16 gennaio 2020). Tutto sulla pandemia di SARS-CoV-2. *Istituto Superiore di Sanità (ISS)*. Ultimo accesso: 29 maggio 2023, [Tutto sulla pandemia di SARS-CoV-2 \(iss.it\)](#).
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA pediatrics*, *175*(11), 1142-1150.
- Reid, J. A., Chenneville, T., Gardy, S. M., & Baglivio, M. T. (2022). An exploratory study of COVID-19's impact on psychological distress and antisocial behavior among justice-involved youth. *Crime & Delinquency*, *68*(8), 1271-1291.
- Reiss, S. (1997). Trait anxiety: It's not what you think it is. *Journal of anxiety disorders*, *11*(2), 201-214.
- Reynolds, C., R. & Richmond, B., O. (2008); Italian adaptation by Scozzari, S., Sella F., & Di Pietro, M. (2012). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale – Second Edition (RCMAS-2)*.
- Shek, D. T. (2021). COVID-19 and quality of life: Twelve reflections. *Applied Research in Quality of Life*, *16*, 1-11.
- Sögütlü, Y., Sögütlü, L., & Göktaş, S. Ş. (2021). Relationship of COVID-19 pandemic with anxiety, anger, sleep and emotion regulation in healthcare professionals. *Journal of Contemporary Medicine*, *11*(1), 41-49.
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in psychology*, *11*, 1713.

- Taylor, R. R., Jason, L. A., & Torres, A. (2000). Fatigue rating scales: an empirical comparison. *Psychological medicine*, 30(4), 849-856.
- Varni, J., W. (1998) *The PedsQL™. Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory™*. [PedsQL TM \(Pediatric Quality of Life Inventory TM\)](#).
- Varni, J., W. (2023) *SCALING AND SCORING for the Acute and Standard version OF THE Pediatric Quality of Life Inventory™ PedsQL™* [archivo PDF] Disponibile all'indirizzo: [SCALING AND SCORING OF THE \(pedsq.org\)](#)
- Veenhoven, R. (2001). Quality-of-life and happiness: Not quite the same. (pp. 2-3).
- Walsh, L. M., Benjamin Wolk, C., Becker-Haimes, E. M., Jensen-Doss, A., & Beidas, R. S. (2018). The relationship between anger and anxiety symptoms in youth with anxiety disorders. *Journal of child and adolescent counseling*, 4(2), 117-133.
- Williams, R., Volpi, B. I disturbi d'ansia, ossessivo compulsivi e fobie. Tambelli, R. (2017). Manuale di psicopatologia dell'infanzia. In *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. (pp. 261-309). Il mulino.
- World Health Organization. (2020). Origin of SARS-CoV-2, 26 March 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332197>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.